

TESIS

**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN
GANGGUAN JIWA**



Oleh

**NANSY DELIA PANGANDAHENG
NIM. 131614153108**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN
GANGGUAN JIWA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

Nansy Delia Pangandaheng
131614153108

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nansy Delia Pangandaheng

NIM : 131614153108

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Juli 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

Oleh:

Nansy Delia. Pangandaheng

NIM. 131615143108

TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 25 Juli 2018

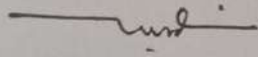
Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
196701012000031002

Pembimbing kedua



Dr. Muhammad Sajjidin, S.Kp, M.Kes
NIK. 162 601 011

Mengetahui,

Koordinator Program Studi




Dr. Tintin Sukarni, S.Kp, M.Kes
NIP. 197242172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nansy Delia Pangandaheng

NIM : 131614153108

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengalaman Keluarga Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa

Tesis ini telah diuji dan di nilai oleh panitia penguji pada

Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal, 25 Juli 2018

Panitia Penguji

1. Dr. Wiwin Hendriani, S.Psi, Msi
NIP.197811022005012003
(.....)
2. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 196701012000031002
(.....)
3. Dr. Muhammad Sajidin, S.Kp, M.Kes
NIK.162 601 011
(.....)
4. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP.197606162014092006
(.....)
5. Ferry Efendi, S.Kep, Ns, Msc, PhD
NIP.198202182008121005
(.....)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis naikkan kehadirat Tuhan yang maha kuasa atas perkenaanannya sehingga dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul” Pengalaman Keluarga Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa” Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Selama penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak yang sangat memberikan inspirasi dan motivasi hingga terselesainya tesis ini. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Study Magister Keperawatan di Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan.
3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku Wakil Dekan III bidang kemahasiswaan sekaligus pembimbing pertama yang selalu membimbing dengan sabar dan memberikan masukan, pendapat dan ilmu yang bermanfaat bagi penulis
4. Dr. Muhammad Sajidin, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing kedua yang selalu membimbing dan meluangkan waktu serta memberikan ilmu yang bermanfaat bagi penulis
5. Staf administrasi dan dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang selalu membantu dan memberikan ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis
6. Dr. Kusnanto , S.Kp, M.Kes selaku wakil dekan I dan Wakil dekan II Ibu Eka Mishbahtul, Mar’ah Has, S.Kep, Ns, M.Kep Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan.
7. Dr. Wiwin Hendriani, S.Psi, Msi, Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep, Ns, M.Kep dan bapak Ferry Efendi, S.Kep, Ns, Msc, PhD selaku penguji tesis

yang telah memberikan masukan ilmu sehingga tesis ini dapat selesai dengan baik

8. Seluruh dosen dan staf Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman dan bantuan selama penulis menempuh pendidikan
9. Prof. Dr. Ir. Frans G. Ijong, Msc selaku direktur Politeknik Negeri Nusa Utara yang selalu memberikan motivasi dan dukungan dari awal sampai penulis menyelesaikan pendidikan
10. Beasiswa BUDIDN yang telah membantu memberikan dana pendidikan selama melanjutkan studi di Universitas Airlangga
11. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Sangihe yang telah memberikan izin, fasilitas dan bantuan selama penelitian
12. Kepala Dinas sosial Kabupaten Kepulauan Sangihe yang sudah memberikan izin dan membantu selama penelitian.
13. Seluruh teman Magister Keperawatn angkatan 2016 yang berjuang bersama selama proses perkuliahan di Universitas Airlangga
14. Teman-teman dosen yang ada di Polnustar terlebih khusus Chandaryani, Gitalia dan ka Yeanneke yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
15. Keluarga tercinta orang tua, adik-adikku (anti, angga dan engga), ma Ly, pa de, puput dan unde yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi.
16. Suami terkasih Jerry K Lengkong, S.Kep Ns dan kedua buah hatiku (Kyunzh & Kyano) yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan doa selama menempuh pendidikan.

Semoga Tuhan membalas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini. Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi banyak orang terutama di dalam bidang keperawatan jiwa.

Surabaya, Juli 2018

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nansy Delia Pangandaheng

NIM : 131614153108

Program Studi : Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengahlimedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 25 Juli 2018

Yang menyatakan



Nansy Delia Pangandaheng

RINGKASAN

PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

Oleh : Nansy Delia Pangandaheng

Merawat klien dengan gangguan jiwa tidaklah mudah terutama di daerah terpencil yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Keluarga memiliki tugas dan tanggung jawab dalam mengenal masalah kesehatan dari setiap anggota keluarga yang sakit, termaksud perubahan perilaku yang di alami oleh anggota keluarga itu sendiri. Jarak tempuh serta iklim yang berubah-ubah menjadikan masyarakat kepulauan sulit mengakses layanan kesehatan jiwa. Bagi masyarakat pedesaan untuk menjangkau pelayanan kesehatan saja membutuhkan waktu dan tenaga karena sulitnya mendapatkan transportasi darat untuk sampai ke pelayanan kesehatan baik puskesmas atau rumah sakit. Keluarga mempunyai peranan sangat penting dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko penyakit dalam masyarakat karena keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat.

Pentingnya mengetahui peran beban dan dukungan keluarga selama merawat klien dengan gangguan jiwa karena keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa, dimana tidak tersedianya dokter spesialis jiwa dan perawat yang mempunyai keahlian di bidang keperawatan jiwa sehingga keluarga berperan dalam memberikan perawatan kepada klien baik bio, spiko, sosio dan spiritual. Perawat yang ada di daerah terpencil harus membuat intervensi berupa dukungan dengan melibatkan keluarga dan masyarakat, intervensi berbasis keluarga diperlukan karena tidak semua keluarga mau merawat dan melibatkan anggota keluarga yang lain

Penelitian menggunakan desain kualitatif fenomenologi, dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah anggota keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa. Teknik pengambilan sampel *purposive sampling* dengan kriteria inklusi mampu berkomunikasi dengan baik, tinggal serumah dengan klien, tidak sedang sakit fisik berat, merawat klien dengan gangguan jiwa. Wawancara

mendalam semi terstruktur dilakukan untuk menggali data tentang pengalaman hidup, kemudian dilakukan transkrip verbatim. Analisis data menggunakan metode Collaizi yang terdiri dari tujuh tahapan.

Hasil analisis tematik setelah data mencapai saturasi dan mendapatkan 15 keluarga. Penelitian kualitatif ini menemukan tujuh tema yaitu kondisi ekonomi, gejala gangguan jiwa, beban psikologi, persepsi keluarga, perilaku mencari pengobatan, dukungan sosial, takdir. Dengan sub tema kebutuhan dasar, tingginya biaya menjangkau rumah sakit jiwa, penghasilan, perubahan perilaku, kecewa dengan perilaku klien, jenuh selama merawat, takut dengan perilaku klien, sulit diatur, persepsi positif, persepsi negatif, profesional, non profesional, dukungan komunitas, dukungan keluarga, ikhlas menerima kenyataan, pasrah kepada Tuhan, sebagai musibah dalam keluarga

Penelitian ini menyimpulkan pengalaman yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa yang ditemukan dalam penelitian ini dibangun atas tujuh tema yang merupakan rangkaian perjalanan dalam keluarga, dimulai dari beban psikologi yang dialami keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa, berawal dari mencari penyelesaian masalah gangguan jiwa, dengan pengobatan profesional maupun non profesional, sambil menghadapi keadaan dari klien disepanjang waktu merawat, yang memunculkan perasaan takut, marah dengan perilaku klien saat mengalami kekambuhan serta pada puncaknya memasuki suatu keadaan dimana keluarga kecewa dan jenuh. Makna memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga meyakini semua yang terjadi pada diri klien adalah bagian dari kehidupan. Keluarga memaknai gangguan jiwa sebagai musibah dalam keluarga, merawat dengan penuh kesabaran membuat keluarga ikhlas menerima bahwa klien harus diperlakukan sama dengan anggota keluarga yang lain serta pasrah sepenuhnya kepada Tuhan sang pemilik kehidupan.

SUMMARY
EXPERIENCE OF FAMILY TREATING CLIENTS WITH SOUL
DISORDERS

By. Nansy Delia Pangandaheng

Caring for clients with mental disorders is not easy, especially in remote areas that do not have mental health services. The family has the duty and responsibility to recognize the health problems of each sick family member, including behavior changes experienced by the family members themselves. Mileage and changing climate make it difficult for island communities to access mental health services. For rural communities to reach health services alone, it takes time and effort because of the difficulty of getting land transportation to get to the health services of either puskesmas or hospitals. Families have a very important role in efforts to improve health and reduce the risk of disease in society because the family is the smallest unit in society.

The importance of knowing the role of burden and family support during caring for clients with mental disorders due to the limitations of mental health service facilities, where there is no availability of mental specialists and nurses who have expertise in mental nursing so that families play a role in providing care to clients both bio, spiko, social and spiritual. Nurses in remote areas must make interventions in the form of support by involving families and communities, family-based intervention is needed because not all families want to care for and involve other family members.

Research uses phenomenological qualitative design. In this study, informants were family members who cared for clients with mental disorders. The *purposive sampling sampling technique* with inclusion criteria is able to communicate well, stay at home with clients, not be physically ill, treat clients with mental disorders. Semi-structured in-depth interviews are conducted to explore data about life experiences, then transcript verbatim. Data analysis uses the Collaizi method which consists of seven stages.

Thematic analysis results after data reaches saturation and get 15 families. This qualitative research found seven themes namely economic conditions, symptoms of mental disorders, psychological burdens, family perceptions, treatment seeking behavior, social support, destiny. With the sub-theme of the basic needs, the high cost of reaching a mental hospital, income, changes in behavior, disappointed with the behavior of the client, saturated for caring for, frightened by the behavior of clients, unruly, positive perception, negative perceptions, professional, non-professional, community support, support family, sincerely accept the reality, surrender to God, as a disaster in the family

This research concludes the experience felt by the family in caring for clients with mental disorders found in this study was built on seven themes which are a series of trips in the family, starting from the psychological burden experienced by the family in caring for clients with mental disorders, starting from finding solutions to mental problems, with treatment professional and non-professional, while facing the situation of the client throughout the time of caring, which gives rise to feelings of fear, anger at the client's behavior when experiencing recurrence and at the peak of entering a situation where the family is disappointed and bored. The meaning of having a family member who has a mental disorder. The family believes that everything that happens to the client is part of life. The family understands mental disorders as a family accident, caring patiently makes the family sincerely accept that the client must be treated the same as other family members and fully surrender to God the owner of life.

ABSTRAK**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA**

Oleh

Nansy Delia Pangandaheng

Kepulauan sangihe terletak paling Utara dan berbatasan langsung dengan Negara Philipina dengan memiliki luas wilayah 736,98 km², terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan terlebih khusus kesehatan jiwa membuat keluarga harus merawat klien dengan gangguan jiwa di rumah, tanpa penanganan pengobatan kembali sehingga keluarga harus bersenantiasa merawat dan memenuhi kebutuhan klien. **Tujuan:** Menguraikan secara mendalam pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa. **Metode:** Penelitian menggunakan desain kualitatif fenomenologi, dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah anggota keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa sebanyak 15 keluarga. Wawancara mendalam semi terstruktur dilakukan untuk menggali data tentang pengalaman hidup. **Hasil:** Penelitian kualitatif ini menemukan tujuh tema yaitu kondisi ekonomi, gejala gangguan jiwa, beban psikologi, persepsi keluarga, perilaku mencari pengobatan, dukungan sosial, takdir. Dengan sub tema kebutuhan dasar, tingginya biaya menjangkau rumah sakit jiwa, penghasilan, perubahan perilaku, kecewa dengan perilaku klien, jenuh selama merawat, takut dengan perilaku klien, sulit diatur, persepsi positif, persepsi negatif, profesional, non profesional, dukungan komunitas, dukungan keluarga, ikhlas menerima kenyataan, pasrah kepada Tuhan, sebagai musibah dalam keluarga. **Kesimpulan:** Pengalaman yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa yang ditemukan dalam penelitian ini dibangun atas tujuh tema yang merupakan rangkaian perjalanan dalam keluarga, dimulai sikap dan perilaku klien saat mengalami kekambuhan sehingga menimbulkan beban psikologi yang sangat berat dirasakan keluarga. Dukungan sangat dibutuhkan dan berpengaruh besar, pada saat keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, baik dari dalam keluarga maupun dari luar keluarga.

Kata Kunci: Pengalaman merawat, Keluarga, Gangguan jiwa

ABSTRACT

EXPERIENCE OF FAMILY TREATING CLIENTS WITH SOUL DISORDERS

By. Nansy Delia Pangandaheng

Sangihe islands are the northernmost and directly adjacent to the Philippines, with an area of 736.98 km², the limited health service facilities especially mental health make families have to care for clients with mental disorders at home, without treatment back so that families must always care for and meet client needs. **Objective:** Describe in depth family experience caring for clients with mental disorders. **Methods:** The study used a phenomenological qualitative design. In this study, informants were family members who treated 15 families with mental disorders. Semi-structured in-depth interviews are conducted to explore data about life experiences. **Results:** This qualitative study found seven themes namely economic conditions, symptoms of mental disorders, psychological burdens, family perceptions, treatment seeking behavior, social support, destiny. With the sub-theme of the basic needs, the high cost of reaching a mental hospital, income, changes in behavior, disappointed with the behavior of the client, saturated for caring for, frightened by the behavior of clients, unruly, positive perception, negative perceptions, professional, non-professional, community support, support family, sincerely accept the reality, surrender to God, as a disaster in the family. **Conclusion:** The family's experience in caring for clients with mental disorders found in this study was built on seven themes which are a series of trips in the family, starting with the client's attitudes and behavior when experiencing recurrence which creates a psychological burden that is felt by the family. Support is needed and has a big influence, when families take care of family members who experience mental disorders, both from family and from outside the family.

Keywords: Caring experience, family, mental disorders

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Prasyarat Gelar.....	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iii
Halaman Pengesahan	iv
Halaman Penetapan Panitia Penguji	v
Kata Pengantar	vi
Pernyataan Persetujuan Publikasi	viii
Ringkasan.....	ix
<i>Executive Summary</i>	xi
Abstrak	xiii
<i>Abstract</i>	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga	11
2.2 Gangguan Jiwa	20
2.3 Pelayanan Kesehatan Jiwa	48
2.4 Pengalaman Hidup	58
2.5 Makna Hidup.....	58
2.6 Keaslian Penelitian.....	61

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	65
3.2 <i>Social Situation</i> , Informan, dan <i>Sampling</i>	66
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	67
3.4 Instrumen Penelitian.....	67
3.5 Keabsahan Data.....	69
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	71
3.7 Kerangka Kerja	73
3.8 Analisa Data	74

BAB 4 HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	76
4.2 Karakteristik Informan	78
4.3 Analisis Tema.....	80

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian	139
5.2 Temuan Pengalaman	153
5.3 Keterbatasan Penelitian	157
5.4 Implikasi Hasil Penelitian	157

BAB 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan	160
6.4 Saran.....	161

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.6	Keaslian Penelitian.....	61
Tabel 4.2.1	Rekapitulasi Karakteristik Informan.....	79
Tabel 4.2.2	Data Demografi Klien Dengan Gangguan Jiwa.....	79
Tabel 4.3	Distribusi Tema.....	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1.1 Letak Geografis Kabupaten Kepulauan Sangihe	76
Gambar 5.2 Bagan Temuan Pengalaman	153

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan bantuan fasilitas penelitian	169
Lampiran 2	Surat keterangan selesai penelitian	170
Lampiran 3	Surat keterangan lolos kaji etik	171
Lampiran 4	Penjelasan penelitian	172
Lampiran 5	Lembar persetujuan menjadi informan	174
Lampiran 6	Data demografi	175
Lampiran 7	Lembar catatan lapangan	176
Lampiran 8	Pedoman wawancara	177
Lampiran 9	Rekap tema semua informan	178
Lampiran 10	Rekap tema	179

DAFTAR SINGKATAN

RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
UU	: Undang- Undang
ICD	: International Classification of Disease
WHO	: World Health Organization
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
ODMK	: Orang Dengan Masalah Kejiwaan
RSU	: Rumah Sakit Umum
UGD	: Unit Gawat Darurat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan tanggung jawab dan tugas keluarga untuk merawat selama klien tinggal bersama keluarga. Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa, jarak tempuh serta iklim yang berubah-ubah menjadikan masyarakat kepulauan harus menyiapkan waktu, tenaga dan uang untuk dapat membawahkan anggota keluarga menjalani pengobatan. Pencapaian penyelenggaraan upaya kesehatan sangat kecil sehingga pelayanan kesehatan di daerah terpencil sangat tertinggal dibandingkan daerah lainnya. Menurut Sakai, (2015) dalam penelitiannya pentingnya penanganan masalah kesehatan terutama kesehatan jiwa sehingga klien yang mengalami gangguan jiwa bisa mendapatkan pengobatan dari pihak puskesmas maupun rumah sakit.

Kabupaten Kepulauan Sangihe adalah salah satu Kabupaten yang terletak paling Utara dan berbatasan langsung dengan Negara Philipina dengan memiliki luas wilayah 736, 98 km². Memiliki 15 Kecamatan, 22 Kelurahan dan 145 desa, dengan jumlah penduduk per Agustus 2017 sebanyak 1.545 jiwa. Memiliki 17 puskesmas dan 1 rumah sakit umum daerah, belum tersedianya pelayanan kesehatan secara khusus menangani masalah gangguan jiwa di setiap puskesmas dan rumah sakit umum daerah.

Menurut Fitzpatrick (2017) Perawatan kesehatan yang tidak setara bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa dan akses terhadap model terpadu sangat penting untuk mendukung perawatan fisik dan mental yang baik. Terutama terjadi di daerah pedesaan dimana letak geografis dan masalah struktural membatasi penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat yang ingin melakukan pengobatan untuk masalah gangguan jiwa. Daerah pedesaan dan terpencil sering mengalami akses yang buruk untuk ke perawatan kesehatan primer dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Terutama sangat sulit mendapatkan pengobatan di daerah pedesaan dan terpencil dalam hal pelayanan kesehatan mental, sehingga pentingnya koordinasi pelayanan dan beragam strategi untuk mengatasi hambatan akses yang ada di daerah terpencil (Thomas, 2014). Sedangkan menurut Yoshida (2016) Penderita gangguan jiwa yang tinggal di sebuah kota yang berkembang memiliki penanganan yang jauh lebih cepat dibandingkan dengan penderita gangguan jiwa yang tinggal di daerah.

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1.7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali dan Jawa Tengah. Proporsi RT yang pernah memasung anggota keluarga yang jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal dipedesaan 18,2%. Serta pada saat pada kelompok penduduk dengan indeks kepemilikan terbawah 19,5%. Prevalansi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0%. Prevalensi dengan gangguan emosional tertinggi adalah Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta dan Nusa

Tenggara Timur. Gangguan jiwa di daerah pedesaan ternyata lebih tinggi dibandingkan perkotaan. Dengan proporsi rumah tangga dari daerah pedesaan minimal salah satu anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah dipasung mencapai 18.2%. sementara di daerah perkotaan. Proporsinya hanya mencapai 10.7%. hal ini dapat disimpulkan bahwa tekanan hidup yang dialami oleh penduduk pedesaan lebih berat dibandingkan di perkotaan (Riskesdas, 2013).

Keluarga mempunyai peranan sangat penting dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko penyakit dalam masyarakat karena keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Bila terdapat suatu masalah satu anggota keluarga akan menjadi satu unit keluarga karena ada hubungan yang kuat antara keluarga dengan status anggota keluarganya. Peran keluarga sangat penting dalam setiap aspek keperawatan kesehatan anggota keluarganya, untuk itu keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlakukan oleh keluarga. Status sehat dan sakit para anggota keluarga dan keluarga saling mempengaruhi (Yohanes, 2013)

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal dan eksternal. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Fridman, 2010)

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Keanekaragaman penduduk Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk.

Hasil wawancara singkat pada bulan Agustus 2017 dengan tiga anggota keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa mengatakan merawat klien dengan gangguan jiwa tidaklah mudah terutama bagi klien yang tidak pernah melakukan pemeriksaan di rumah sakit jiwa dan minum obat secara rutin. Keluarga harus merasa cemas apabila klien mengalami kekambuhan. Perasaan takut akan perilaku klien selalu ada, bahkan keluarga merasa jengkel dengan sikap klien saat kambuh. Bertahun-tahun merawat klien dengan gangguan jiwa membuat keluarga kecewa dengan perubahan perilaku yang terjadi pada klien. Keluarga mengatakan sudah pernah membawah klien berobat di rumah sakit jiwa Manado tapi hanya

mendapatkan obat dari dokter di poliklinik untuk di minum secara rutin setiap hari, akan tetapi obat yang tadinya diharapkan bisa rutin diminum setiap hari harus berhenti pada bulan ke tiga dan empat karena keadaan ekonomi, sehingga pengambilan obat rutin setiap bulan tidak bisa dipenuhi. Keluarga merasa kebutuhan dasar jauh lebih dibutuhkan dibandingkan obat karena untuk makan sehari-hari saja harus menjual hasil di pasar karena pekerjaan keluarga adalah nelayan dan petani. Untuk dapat mengakses fasilitas rumah sakit jiwa, harus menempuh perjalanan pada malam hari, selama 8-9 jam dengan menggunakan kapal laut.

Menurut Tlhalefi (2017), Pentingnya keluarga dalam menjalani proses penerimaan dan menerima informasi dari pelayanan kesehatan jiwa. Sehingga keluarga menemukan jalan keluar dan membatasi kekambuhan anggota keluarga yang sakit mental. Tantangan di daerah terpencil yaitu tenaga kesehatan jiwa yang di rekrut dalam melayani masalah kesehatan dan tidak tersedianya layanan kesehatan jiwa sehingga banyak masyarakat kurang tersentuh dengan pelayanan kesehatan jiwa. Tantangan masyarakat pedesaan yaitu tidak tersedianya tenaga kesehatan jiwa (Cosgrave, 2015)

Diantara tiga, salah satu keluarga yang lain juga mengungkapkan tidak pernah membawah klien berobat ke dokter maupun rumah sakit jiwa karena tidak mempunyai cukup biaya untuk menjangkau pelayanan kesehatan, perasaan takut akan perilaku klien saat kambuh bisa terjadi diatas dikapal laut, mengingat pernah ada kejadian seperti itu saat klien gangguan jiwa ingin dibawah berobat dan saat berada di atas kapal klien meloncat dan

tidak ditemukan sampai sekarang. Maka pengobatan ke dukun menjadi pilihan dari keluarga karena merasa lebih murah biayanya serta jarak tempuh untuk sampai ke rumah dukun hanya menggunakan transportasi darat. Menurut Mwale (2017) dalam penelitiannya menjelaskan masyarakat yang tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit jiwa lebih percaya pada kepercayaan budaya mereka sendiri dan mereka akan melakukan pengobatan tradisional untuk menyembuhkan masalah gangguan jiwa.

Menurut WHO (2003), secara umum dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami gangguan jiwa adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stres terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Pandangan masyarakat atau stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa. Gangguan jiwa dianggap penyakit akibat dosa dari keluarganya dan merupakan aib bagi klien dan keluarganya, sehingga masih banyak keluarga yang menyembunyikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, keluarga merasa malu, kecewa dan putus asa. Beban sosial ekonomi diantaranya adalah: gangguan dalam hubungan keluarga, keterbatasan melakukan aktivitas sosial, pekerjaan, dan hobi, kesulitan finansial, dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Beban psikologis menggambarkan reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stres menghadapi gangguan perilaku dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga (Ngadiran, 2010)

Salah satu keluarga mengatakan merawat klien dengan gangguan jiwa sangat tidak menyenangkan karena dapat mengganggu kenyamanan dan ketenangan lingkungan sekitar terutama klien teriak pada malam saat warga sedang tidur. Keluarga berusaha untuk merawat klien dengan berbagai macam resiko, sudah menjadi hal yang biasa saat klien kambuh dan menyerang anggota keluarga yang tinggal serumah, bahkan keluarga hanya mengabaikan saja perilaku klien yang suka marah-marah, bicara sendiri dan keluyuran. Selama itu tidak membahayakan orang lain keluarga pun tidak terlalu mengambil pusing dengan perilaku klien hanya saja saat melihat klien sedang ngomong sendiri atau tertawa tanpa ada hal yang lucu keluarga sering menegur bahwa apa yang dilakukan oleh klien itu tidak benar.

Keluarga mengatakan saat tidak kambuh penyakit klien bisa di ajak bicara, membantu aktivitas dirumah seperti membersihkan halaman dan mencuci baju. Kurangnya kemampuan komunikasi baik dari klien, kurang berkonsentrasi, gelisah, mudah tersinggung dengan perkataan orang lain, orientasi waktu, tempat dan orang yang kurang baik membuat keluarga merasa sulit membujuk klien untuk memenuhi kebutuhan setiap hari seperti mandi, makan, minum dan mengganti pakaian. Keluarga mengatakan tidak punya banyak waktu untuk memperhatikan klien karena aktivitas keluarga juga terkadang tidak bisa sabar dengan perilaku klien yang aneh dan sering menjengkelkan (Hasil wawancara awal dengan informan)

Informasi yang di dapatkan dari salah satu informan bahwa penghasilan keluarga hanya cukup untuk kebutuhan sehari-hari, berpikir lagi untuk membawa klien ke Manado. Keluarga sangat berharap adanya fasilitas layanan kesehatan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe terutama tenaga kesehatan yang khusus menangani masalah gangguan jiwa agar bisa mendapatkan solusi dari masalah yang mereka hadapi. Keluarga mengatakan tidak punya cukup waktu untuk memperhatikan anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, dan tidak memiliki uang yang banyak untuk membawah klien ke rumah sakit jiwa sehingga keluarga memutuskan untuk merawat klien dirumah saja. Dengan melihat pengalaman-pengalaman keluarga di Kabupaten Kepulauan Sangihe, sayangnya belum ada penelitian yang mengungkapkan secara komprehensif bagaimana pengalaman itu. Oleh karena itu dibutuhkan penelitian ini

Tujuan penelitian kualitatif ini untuk menguraikan pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe, dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Pentingnya mengetahui peran dan dukungan keluarga selama merawat klien dengan gangguan jiwa karena keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa, dimana tidak tersedianya dokter spesialis jiwa dan perawat yang mempunyai keahlian di bidang keperawatan jiwa sehingga keluarga berperan dalam memberikan perawatan kepada klien baik bio, psiko, sosio dan spiritual. Pentingnya penelitian ini dilakukan agar perawat yang ada di daerah terpencil mengetahui bagaimana pentingnya dukungan untuk keluarga sehingga

perawat bisa membuat intervensi berupa dukungan dengan melibatkan keluarga dan masyarakat. Intervensi berbasis keluarga diperlukan karena tidak semua keluarga mau merawat dan melibatkan anggota keluarga yang lain. Berdasarkan gambaran diatas peneliti tertarik untuk meneliti pengalaman hidup keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe?

1.3 Tujuan Penelitian

Menguraikan fenomena tentang pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pada ilmu keperawatan berupa pengetahuan tentang pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.

1.4.2 Praktis

1. Bagi pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Kepulauan Sangihe, diharapkan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa agar keluarga lebih mudah menjangkau pengobatan kesehatan jiwa
2. Bagi keluarga yang merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dapat membantu keluarga dalam mengatasi kesulitan maupun beban yang di alami dalam merawat

anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan mencari pelayanan kesehatan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga

2.1.1 Pengertian keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang berbagi tempat tinggal atau berdekatan satu dengan yang lainnya, memiliki ikatan emosional; terlibat dalam posisi sosial; peran dan tugas-tugas yang saling berhubungan; serta adanya rasa saling menyayangi dan memiliki (Murray dan Zentner, 1998). Keluarga yaitu yang tinggal serumah dan saling membutuhkan satu dengan yang lain serta memiliki pengaruh akan anggota keluarga yang tinggal bersama (Yohanes, 2013)

Dalam UU No. 10 tahun 1992 tentang perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami-istri dan anak-anaknya, atau ayah dan anak-anaknya atau ibu dan anaknya. Ketiga pengertian tersebut mempunyai persamaan bahwa dalam keluarga terdapat ikatan perkawinan dan hubungan darah yang

tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dengan peran masing-masing serta keterikatan emosional.

2.1.2 Tipe keluarga

1. Keluarga tradisional

- a. Keluarga inti (*nuclear family*): Keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan ataupun adopsi atau keduanya
- b. Keluarga besar (*extended family*): Keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi).
- c. Keluarga dengan orang tua tunggal: Keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.
- d. Pasangan inti: hanya terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka
- e. Bujang dewasa: yang tinggal sendirian
- f. Pasangan usia pertengahan atau lansia suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah menikah atau bekerja
- g. Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti atau lebih anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis.

2. Keluarga non tradisional

- a. Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)
- b. Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak
- c. Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
- d. Keluarga komunitas adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama (Yohanes, 2013)

2.1.3 Kemampuan keluarga

Perilaku manusia sangat kompleks yang terdiri dari 3 dominan yaitu: kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom 1956 dalam Potter dan Perry, 2005) ketiga domain lebih dikenal pengetahuan, sikap dan praktik, dimana ketiganya saling berpengaruh terhadap yang lain.

1. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting karena digunakan untuk menerima informasi baru dan mengingat informasi tersebut. Saat keluarga diberikan informasi baru, maka keluarga tersebut akan membentuk tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pikiran (Craven, 2006 dalam Wahyuningsih 2011). Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap

keluarga dalam mencari pelayanan kesehatan, informasi yang baik tentang akses layanan kesehatan akan membuat keluarga percaya akan suatu tindakan dari layanan kesehatan tersebut.

2. Afektif adalah perpaduan antara perasaan atau ekspresi dan penerimaan sikap, opini dan nilai (Potter & Perry, 2005). Setiap individu mempunyai karakteristik perilaku yang kompleks (Krathwohl, dkk dalam Potter & Perry, 2005) Sikap atau afektif merupakan reaksi yang masih tertutup dari keluarga terhadap stimulus afektif terdiri dari penerimaan, respon, nilai, organisasi dan karakter (Potter & Perry, 2005)
3. Psikomotor termasuk integrasi kemampuan mental dan muskulo, seperti kemampuan untuk berjalan dan makan (Potter & Perry, 2005) psikomotor juga berperan penting dalam mengambil suatu keputusan dalam keluarga untuk memilih layanan kesehatan.

2.1.4 Fungsi keluarga

Berbagai fungsi dalam keluarga (Friedman, 1998 dalam Yohanes, 2013) adalah:

1. Fungsi aktif

Merupakan basis sentral bagi pembentukan dan keberlangsungan unit keluarga yang dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga. Komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi aktif adalah saling asuh, menerima, menghormati dan mendukung antar anggota keluarga, menaruh

perhatian, cinta kasih dan kehangatan, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.

2. Fungsi sosialitas

Merupakan fungsi yang mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Anggota keluarga belajar disiplin, norma budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam lingkup keluarganya sendiri.

3. Fungsi ekonomi

Kebutuhan yang harus dipenuhi dalam keluarga mencakup kebutuhan makanan, pakaian, tempat berlindung yang aman dan nyaman (rumah). Yang dilakukan keluarga dalam menjalani fungsinya adalah mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi keluarga dimasa yang akan datang seperti pendidikan anak dan jaminan hari tua.

4. Fungsi reproduksi

Keluarga memiliki fungsi untuk menjaga kelangsungan generasi dan juga untuk keberlangsungan masyarakat. Komponen yang dilaksanakan keluarga dalam melaksanakan fungsinya adalah meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi gizi keluarga, memelihara dan merawat anggota keluarga

5. Fungsi perawatan keluarga

Merupakan fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

2.1.5 Peran keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kozier, 1995). Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Berikut ini adalah peran keluarga menurut Nasrul Effendy, (1998) dalam Yohanes, 2013:

a. Berbagai peran formal Peranan

1. Ayah: Sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anak berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman. Juga sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungan
2. Ibu: Sebagai istri dari suami dan ibu dari anak-anak yang berperan mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik bagi anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial, serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan disamping itu dapat berperan pula pencari nafkah tambahan keluarga.

3. Peran anak: Melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual

b. Peran Informal

Peran informal bersifat biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Satir, 1967). Menurut Kievit (1968) peran informal mempunyai tuntutan berbeda, tidak terlalu didasarkan pada usia, jenis kelamin ataupun kepribadian anggota keluarga individual.

c. Konflik Peran

Konflik terjadi ketika okupan suatu posisi merasa bahwa ia berkonflik dengan harapan-harapan yang tidak sesuai (Hardi, 1998) sumber dari ketidak seimbangan tersebut boleh jadi disebabkan oleh adanya perubahan dalam harapan yang terjadi dari perilaku, orang lain atau dalam lingkungan, konflik peran terdiri dari:

1. Konflik antar peran adalah konflik yang terjadi jika pola perilaku atau norma dari suatu peran tidak konguen dengan peran lain yang dimainkan secara bersamaan oleh individu. Konflik ini disebabkan oleh ketidak seimbangan perilaku yang berkaitan dengan berbagai peran atau besarnya tenaga berlebihan yang dibutuhkan oleh peran ini, misalnya kasus keluarga atau perkawinan.

2. Konflik peran antar pengirim adalah suatu konflik dimana didalamnya dua orang atau lebih memegang harapan-harapan yang berkonflik, menyangkut pemeran suatu peran (Mubarak, 2006 dalam Yohanes, 2013).
3. *Person-role conflict* meliputi suatu konflik antara nilai-nilai internal individu dan nilai-nilai eksternal yang dikomunikasikan kepada pelaku oleh orang lain dan melemparkan pelaku kedalam situasi yang penuh dengan stres peran.

2.1.6 Tugas keluarga (Yohanes, 2013)

a. Tugas keluarga dalam bidang Kesehatan

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana akan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarga.

2. Membuat keputusan tindakan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit keluarga harus mengetahui hal-hal tersebut:

- a. Keadaan penyakitnya
 - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c. Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan
 - d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan, atau finansial, fasilitas fisik, psikososial)
 - e. Sikap keluarga terhadap yang sakit
4. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat
- a. Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
 - b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c. Pentingnya *hygiene* sanitasi
 - d. Upaya pencegahan penyakit
 - e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap *hygiene* sanitasi
 - f. Kekompakan antar anggota keluarga.
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat
- a. Keberadaan fasilitas keluarga
 - b. Keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan

- c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e. Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Pentingnya keluarga dalam menjalani proses penerimaan dan menerima informasi dari pelayanan kesehatan jiwa. Sehingga keluarga menemukan jalan keluar dan membatasi kekambuhan anggota keluarga yang sakit mental. Keluarga merupakan bagian yang terpenting dalam proses penyembuhan gangguan jiwa. Dukungan keluarga dalam proses menjadi harapan bagi klien dengan gangguan jiwa selama menjalani kehidupannya (Tlhalefi, 2017).

Pentingnya pendidikan komunitas tentang mitos dan fakta penyakit jiwa dapat membantu menekan stigma yang dihadapi oleh anggota keluarga penderita penyakit jiwa. Keluarga juga dapat memperluas pengetahuan tentang gangguan jiwa dan tidak menjauhi atau membiarkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Nxumalo, 2015)

2.2 Gangguan jiwa

2.2.1 Pengertian gangguan jiwa

Menurut Maramis (2010) Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi

psikologik, perilaku, biologi, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Yusuf, 2015)

Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Di masyarakat banyak beredar kepercayaan atau mitos yang salah mengenai gangguan jiwa, ada yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, ada yang menuduh bahwa itu akibat guna-guna, karena kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini hanya akan merugikan penderita dan keluarganya karena pengidap gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat.

Gangguan jiwa bisa dimaknai sebagai suatu kondisi medis dimana terdapat gejala atau terjadinya gangguan patofisiologis yang mengganggu kehidupan sosial, akademis dan pekerjaan. Gangguan tersebut bisa berbentuk apa saja yang beresiko terhadap pribadi seseorang dan lingkungan sekitarnya. Contoh ekstrim yang sering kita lihat dari gangguan jiwa ini adalah mereka yang menderita skizofrenia. Mereka sering bicara sendiri, tertawa sendiri, cepat

tersinggung atau marah sehingga tidak bisa ikut dalam kegiatan sosial. Contoh gangguan jiwa ringan yang sebenarnya banyak terjadi, namun sering dianggap masalah sepele adalah phobia. Takut ketinggian atau acrophobia misalnya, sebenarnya masalah sepele, namun akan berdampak negatif apabila si penderita diharuskan untuk bekerja di tempat yang tinggi. Misal si penderita menjadi pegawai di sebuah perusahaan yang kantornya ada di lantai 8 sebuah gedung. Ada penderita phobia yang harus rela kehilangan pekerjaan yang sebenarnya sangat ia impikan karena masalah seperti tadi. Kasus seperti ini juga contoh dari efek negatif gangguan jiwa terhadap diri sendiri.

Gangguan Jiwa adalah kondisi dimana proses fisiologik atau mentalnya kurang berfungsi dengan baik sehingga mengganggu dalam fungsi sehari-hari. Gangguan ini sering juga disebut sebagai gangguan psikiatri atau gangguan mental dan dalam masyarakat umum kadang disebut sebagai gangguan saraf.

Gangguan jiwa yang dialami oleh seseorang bisa memiliki bermacam-macam gejala, baik yang tampak jelas maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya. Mulai dari perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berhubungan/berbicara dengan orang lain dan tidak mau makan hingga yang mengamuk dengan tanpa sebab yang jelas. Mulai dari yang diam saja hingga yang berbicara dengan tidak

jelas. Adapula yang dapat diajak bicara hingga yang tidak perhatian sama sekali dengan lingkungannya

2.2.2 Tanda dan gejala

1. Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
2. Menarik diri atau mengasingkan diri (*with drawn*). Tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
3. Delusi atau Waham yaitu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya. Sering berpikir/melamun yang tidak biasa (delusi).
4. Halusinasi yaitu pengalaman panca indra tanpa ada rangsangan misalnya penderita mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
5. Merasa depresi, sedih atau stres tingkat tinggi secara terus-menerus.
6. Kesulitan untuk melakukan pekerjaan atau tugas sehari-hari walaupun pekerjaan tersebut telah dijalani selama bertahun-tahun.
7. Paranoid (cemas/takut) pada hal-hal biasa yang bagi orang normal tidak perlu ditakuti atau dicemaskan.

8. Suka menggunakan obat hanya demi kesenangan.
9. Memiliki pemikiran untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri.
10. Terjadi perubahan diri yang cukup berarti.
11. Memiliki emosi atau perasaan yang mudah berubah-ubah.
12. Terjadi perubahan pola makan yang tidak seperti biasanya.
13. Pola tidur terjadi perubahan tidak seperti biasa.
14. Kekacauan alam pikir yaitu yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti jalan pikirannya.
15. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
16. Kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara dan pendiam.
17. Sulit dalam berpikir abstrak.
18. Tidak ada atau kehilangan kehendak (*avolition*), tidak ada inisiatif, tidak ada upaya/usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas dan selalu terlihat sedih

2.2.3 Jenis-jenis gangguan jiwa

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala psikologik dari unsur psikis (Maramis, 1994). Berbagai macam gangguan jiwa (Rusdi Maslim, 1998): Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan

somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak-kanak dan remaja, berikut penjelasannya:

1. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 1994). Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak "cacat" (Ingram et al.,1995)

2. Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan, 1998). Depresi juga

dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kekecewaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya (Hawari, 1997). Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2000).

Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidak berdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akan datang. Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidak tahuan akan kehilangan seseorang akan menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi (Rawlins et al., 1993).

Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas (Depkes, 1993). Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus berlangsung

sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih (Atkinson, 2000)

3. Kecemasan

Pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya (Maslim, 1991). Suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik (Rawlins 1993). Penyebab maupun sumbernya biasa tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas kecemasan dibedakan dari kecemasan tingkat ringan sampai tingkat berat. Menurut Sundeen (1995) mengidentifikasi rentang respon kecemasan ke dalam empat tingkatan yang meliputi, kecemasan ringan, sedang, berat dan kecemasan panik.

4. Gangguan Kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu dan lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik,

kepribadian skizoid, kepribadian ayplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-kompulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian anti sosial, Kepribadian pasif agresif, kepribadian *inadequate* (Maslim,1998).

5. Gangguan Mental Organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak (Maramis, 1994). Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama di luar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun.

6. Gangguan Psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah (Maramis, 1994). Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetatif. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa

yang dinamakan dahulu neurosa organ. Karena biasanya hanya fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psiko fisiologik

7. Retardasi Mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya rendahnya daya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim,1998).

8. Gangguan Perilaku Masa Anak dan Remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat (Maramis, 1994). Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, kedua faktor ini saling mempengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan ditentukan oleh

lingkungan yang dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

2.2.4 Penyebab gangguan jiwa

Gangguan jiwa bukanlah suatu keadaan yang mudah untuk ditentukan penyebabnya. Banyak faktor yang saling berkaitan yang dapat menimbulkan gangguan jiwa pada seseorang. Faktor kejiwaan (kepribadian), pola pikir dan kemampuan untuk mengatasi masalah, adanya gangguan otak, adanya gangguan bicara, adanya kondisi salah asuh, tidak diterima dimasyarakat, serta adanya masalah dan kegagalan dalam kehidupan mungkin menjadi faktor-faktor yang dapat menimbulkan adanya gangguan jiwa.

Faktor-faktor diatas tidaklah dapat berdiri sendiri; tetapi dapat menjadi satu kesatuan yang secara bersama-sama menimbulkan gangguan jiwa. Karena banyak sekali faktor yang dapat mencetuskan gangguan jiwa; maka petugas kesehatan kadang kala tidak dapat dengan mudah menemukan penyebab dan mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Disamping itu tenaga kesehatan sangat memerlukan sekali bantuan dari keluarga dan masyarakat untuk mencapai keadaan sehat jiwa yang optimal bagi pasien (Nurgazali, 2012)

Gejala utama atau gejala yang menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (*somatogenik*), di lingkungan sosial (*sosiogenik*) ataupun psikis

(*psikogenik*), (Maramis, 1994). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan jiwa.

Manusia bereaksi secara keseluruhan-somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010 dalam Yusuf 2015).

1. Faktor somatik (*somatogenik*), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik (*psikogenik*), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah

kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

Biasanya gangguan tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbulah gangguan badan atau pun jiwa.

1. Faktor Organobiologi terdiri dari:

- a. Nerokimia (misal : gangguan pada kromosom no 21 yang menyebabkan munculnya gangguan perkembangan Sindrom Down).
- b. Nerofisiologi
- c. Neroanatomi
- d. Tingkat kematangan dan perkembangan organik.
- e. Faktor-faktor prenatal dan perinatal.

2. Faktor psikologis terdiri dari:

- a. Interaksi ibu-anak.
- b. Interaksi ayah-anak : peranan ayah.
- c. *Sibling rivalry*.
- d. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan, dan masyarakat.
- e. Kehilangan: *Lossing of love object*.

- f. Konsep diri: pengertian identitas diri dan peran diri yang tidak menentu.
- g. Tingkat perkembangan emosi.
- h. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya: Mekanisme pertahanan diri yang tidak efektif.
- i. Ketidakmatangan atau terjadinya fiksasi atau regresi pada tahap perkembangannya.
- j. *Traumatic Event*
- k. Distorsi Kognitif
- l. Pola asuh patogenik (sumber gangguan penyesuaian diri pada anak):
 - 1) Melindungi anak secara berlebihan karena memanjakannya
 - 2) Melindungi anak secara berlebihan karena sikap “berkuasa” dan “harus tunduk saja”
 - 3) Penolakan (*rejected child*)
 - 4) Menentukan norma-norma etika dan moral yang terlalu tinggi.
 - 5) Disiplin yang terlalu keras.
 - 6) Disiplin yang tidak teratur atau yang bertentangan.
 - 7) Perselisihan antara ayah dan ibu.
 - 8) Perceraian
 - 9) Persaingan yang kurang sehat diantara para saudara

10) Nilai-nilai yang buruk (yang tidak bermoral)

11) Perfeksionisme dan ambisi (cita-cita yang terlalu tinggi bagi si anak)

12) Ayah dan atau ibu mengalami gangguan jiwa (psikotik atau non-psikotik)

3. Faktor lingkungan (sosial) yang terdiri dari:

- a. Tingkat ekonomi
- b. Lingkungan tempat tinggal: Perkotaan dan Pedesaan.
- c. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai.
- d. Pengaruh rasial dan keagamaan.
- e. Nilai-nilai

Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun gangguan jiwa. Menurut Stuart & Sundeen (2008) penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas:

a. Faktor Biologis/Jasmaniah

1. Keturunan

Peran yang pasti sebagai penyebab belum jelas, mungkin terbatas dalam mengakibatkan kepekaan untuk mengalami gangguan jiwa

tapi hal tersebut sangat ditunjang dengan faktor lingkungan kejiwaan yang tidak sehat

2. Jasmaniah

Beberapa peneliti berpendapat bentuk tubuh seseorang berhubungan dengan gangguan jiwa tertentu. Misalnya yang bertubuh gemuk/*endoform* cenderung menderita psikosa manik depresif, sedang yang kurus/*ectoform* cenderung menjadi skizofrenia.

3. Temperamen

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

4. Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagainya mungkin dapat menyebabkan merasa murung dan sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri

b. Ansietas dan ketakutan

Kekhawatiran pada sesuatu hal yang tidak jelas dan perasaan yang tidak menentu akan sesuatu hal menyebabkan individu merasa terancam, ketakutan hingga terkadang mempersepsikan dirinya terancam.

c. Faktor psikologis

Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya. Pemberian kasih sayang orang tua yang dingin, acuh tak acuh, kaku dan keras akan menimbulkan rasa cemas dan tekanan serta memiliki kepribadian yang bersifat menolak dan menentang terhadap lingkungan.

d. Faktor sosio-kultural

Beberapa penyebab gangguan jiwa menurut Wahyu (2012) yaitu:

1. Penyebab primer (*primary cause*)

Kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan jiwa tidak akan muncul.

2. Penyebab yang menyiapkan (*predisposing cause*)

Menyebabkan seseorang rentan terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa.

3. Penyebab yang pencetus (*precipitating cause*)

Ketegangan-ketegangan atau kejadian-kejadian traumatik yang langsung dapat menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gangguan jiwa.

4. Penyebab menguatkan (*reinforcing cause*)

Kondisi yang cenderung mempertahankan atau mempengaruhi tingkah laku maladaptif yang terjadi

5. *Multiple cause*

Serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Dalam kenyataannya, suatu gangguan jiwa jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat, melainkan saling mempengaruhi antara satu faktor penyebab dengan penyebab lainnya.

e. Faktor Presipitasi

Faktor stresor presipitasi mempengaruhi dalam kejiwaan seseorang. Sebagai faktor stimulus dimana setiap individu mempersepsikan dirinya melawan tantangan, ancaman, atau tuntutan untuk coping. Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan. Lingkungan dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya. Lingkungan dan stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, dan prosedur tindakan serta pengobatan (Stuart & Sundeen, 2008)

2.2.5 Dampak gangguan jiwa

Adanya gangguan jiwa pada seorang pasien dapat menimbulkan berbagai kondisi antara lain:

1. Gangguan aktivitas hidup

Adanya gangguan jiwa pada seseorang dapat mempengaruhi kemampuan orang tersebut dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti kemampuan untuk merawat diri: mandi, berpakaian,

merapikan rambut dan sebagainya; atau berkurangnya kemampuan dan kemauan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya; seperti tidak mau makan, minum, buang air (berak dan kencing) serta diam dengan sedikit gerakan. Apabila kondisi ini dibiarkan berlanjut; maka akhirnya dapat juga menimbulkan penyakit fisik seperti kelaparan dan kurang gizi, sakit infeksi saluran pencernaan dan pernafasan serta adanya penyakit kulit; atau timbul penyakit yang lainnya.

2. Gangguan hubungan interpersonal

Disamping berkurangnya kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari; seorang pasien gangguan jiwa juga kadang mengalami penurunan kemampuan melakukan hubungan (komunikasi) dengan orang lain. Pasien mungkin tidak mau berbicara, tidak mau menatap orang lain atau menghindari dan memberontak manakala didekati orang lain. Disamping itu mungkin juga pasien tidak mau membicarakan dengan terang-terangan apa yang difikirkannya.

3. Gangguan Peran/Sosial

Dengan adanya gangguan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain; maka tentu saja berakibat pada terganggunya peran dalam kehidupan; baik dalam pekerjaannya sehari-hari, dalam kegiatan

pendidikan, peran dalam keluarga (sebagai ayah, ibu, anak) dan peran dalam kehidupan sosial yang lebih luas (dalam masyarakat). Berbagai keadaan yang timbul akibat gangguan jiwa akhirnya dapat merugikan kepentingan keluarga, kelompok dan masyarakat; sehingga peran serta aktif dari seluruh unsur masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi gangguan jiwa.

2.2.6 Klasifikasi gangguan jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960-an, *World Health Organization* (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada *International Classification of Disease* (ICD). Klasifikasi ini masih terus disempurnakan, yang saat ini telah sampai pada edisi ke sepuluh (ICD X).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan (Katona, 2012). Multi aksis tersebut meliputi hal sebagai berikut.

1. Aksis 1: Sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.

2. Aksis 2: Gangguan kepribadian dan retardasi mental.
3. Aksis 3: Kondisi medis secara umum.
4. Aksis 4: Masalah lingkungan dan psikososial.
5. Aksis 5: Penilaian fungsi secara global.

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klarifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut, (Yusuf, 2015)

1. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simptomatik).
2. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
3. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
4. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
5. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres.
6. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
7. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
8. F70 – F79 : retardasi mental.
9. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.
10. F90 – F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut, (Yusuf, 2015)

1. Perilaku kekerasan.
2. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
3. Gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman).
4. Gangguan proses pikir.
5. Kerusakan komunikasi verbal.
6. Risiko bunuh diri.
7. Isolasi sosial.
8. Kerusakan interaksi sosial.
9. Defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan dan eliminasi).
10. Harga diri rendah kronis.

2.2.7 Respon dari penderita gangguan jiwa

Sebagai makhluk bio-psiko-sosio setiap individu memiliki cara karakteristik yang unik dan berespon terhadap orang yang ada disekitarnya dengan berbagai cara. Respon individu tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya (Maramis, 2010):

a. Faktor Individual

Faktor individual dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah usia, pertumbuhan dan perkembangan. Usia seseorang mempengaruhi cara mengekspresikan penyakitnya. Sebagai contoh seorang anak kecil yang mengalami gangguan hiper aktivitas defisit perhatian tidak memiliki pemahaman dan kemampuan untuk mendiskripsikan perasaannya sehingga perawat harus menyadarkan tingkat bahasa anak dan berupaya memahami pengalaman anak tersebut. Setiap perkembangan fase demi fase harus diselesaikan. Melaksanakan tugas perkembangan tersebut mempengaruhi cara individu berespon terhadap stress dan penyakitnya. Melaksanakan tugas perkembangan tersebut mempengaruhi cara individu berespon terhadap stress dan penyakitnya.

b. Faktor genetik dan faktor biologis

Struktur genetik memiliki pengaruh yang sangat besar pada respon terhadap penyakit. Hubungan genetik spesifik tidak teridentifikasi pada beberapa gangguan jiwa, namun telah menunjukkan bahwa gangguan tersebut cenderung timbul lebih sering pada keluarga yang memiliki riwayat yang sama

c. Faktor Interpersonal

Dari dalam individu seperti perasaan memiliki, perasaan keterkaitan dalam suatu sistem social atau lingkungan. Maslow menjelaskan perasaan memiliki sebagai kebutuhan dasar psikososial manusia. Perasaan memiliki terbukti dalam meningkatkan kesehatan.

d. Faktor Budaya

Budaya memiliki pengaruh yang paling besar terhadap keyakinan dan praktik kesehatan individu. Budaya terbukti mempengaruhi konsep individu terhadap penyakit. Dengan keyakinan tersebut mempengaruhi kesehatan individu dalam kesembuhan penyakitnya.

2.2.8 Dampak gangguan jiwa bagi keluarga

Menurut Wahyu, (2012) dari anggota yang menderita gangguan jiwa bagi keluarga diantaranya keluarga belum terbiasa dengan:

a. Penolakan

Sering terjadi dan timbul ketika ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, pihak anggota keluarga lain menolak penderita tersebut dan meyakini memiliki penyakit berkelanjutan. Selama episode akut anggota keluarga akan khawatir dengan apa yang terjadi pada mereka cintai. Pada proses awal, keluarga akan melindungi orang yang sakit dari orang lain dan menyalahkan dan merendahkan orang yang sakit untuk perilaku tidak dapat diterima dan kurangnya prestasi.

Sikap ini mengarah pada ketegangan dalam keluarga, dan isolasi dan kehilangan hubungan yang bermakna dengan keluarga yang tidak mendukung orang yang sakit. Tanpa informasi untuk membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan. Sangat penting bahwa keluarga menemukan sumber informasi yang

membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Mereka perlu tahu bahwa dengan pengobatan, psikoterapi atau kombinasi keduanya, mayoritas orang kembali ke gaya kehidupan normal.

b. Stigma

Informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa tidak semua dalam anggota keluarga mengetahuinya. Keluarga menganggap penderita tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya. Menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman untuk mengundang penderita dalam kegiatan tertentu. Stigma dalam begitu banyak di kehidupan sehari-hari, tidak mengherankan, semua ini dapat mengakibatkan penarikan dari aktif berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari.

c. Frustrasi, tidak berdaya dan kecemasan

Sulit bagi siapa saja untuk menangani dengan pemikiran aneh dan tingkah laku aneh dan tak terduga. Hal ini membingungkan, menakutkan, dan melelahkan. Bahkan ketika orang itu stabil pada obat, apatis dan kurangnya motivasi bisa membuat frustrasi. Anggota keluarga memahami kesulitan yang penderita miliki. Keluarga dapat menjadi marah-marah, cemas, dan frustrasi karena berjuang untuk mendapatkan kembali ke rutinitas yang sebelumnya penderita lakukan.

d. Kelelahan dan *Burn out*

Seringkali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan orang yang dicintai yang memiliki penyakit mental. Mereka mungkin mulai merasa tidak mampu mengatasi dengan hidup dengan orang yang sakit yang harus terus-menerus dirawat. Namun seringkali, mereka merasa terjebak dan lelah oleh tekanan dari perjuangan sehari-hari, terutama jika hanya ada satu anggota keluarga mungkin merasa benar-benar diluar kendali. Hal ini bisa terjadi karena orang yang sakit ini tidak memiliki batas yang ditetapkan di tingkah lakunya. Keluarga dalam hal ini perlu dijelaskan kembali bahwa dalam merawat penderita tidak boleh merasa letih, karena dukungan keluarga tidak boleh berhenti untuk selalu men-support penderita.

e. Duka

Kesedihan bagi keluarga di mana orang yang dicintai memiliki penyakit mental. Penyakit ini mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi dan berpartisipasi dalam kegiatan normal dari kehidupan sehari-hari, dan penurunan yang dapat terus-menerus. Keluarga dapat menerima kenyataan penyakit yang dapat diobati, tetapi tidak dapat disembuhkan. Keluarga berduka ketika orang yang dicintai sulit untuk disembuhkan dan melihat penderita memiliki potensi berkurang secara substansial bukan sebagai yang memiliki potensi berubah.

f. Kebutuhan pribadi dan mengembangkan sumber daya pribadi

Jika anggota keluarga memburuk akibat stres dan banyak pekerjaan, dapat menghasilkan anggota keluarga yang sakit tidak memiliki sistem pendukung yang sedang berlangsung. Oleh karena itu, keluarga harus diingatkan bahwa mereka harus menjaga diri secara fisik, mental, dan spiritual yang sehat. Memang ini bisa sangat sulit ketika menghadapi anggota keluarga yang sakit mereka. Namun, dapat menjadi bantuan yang luar biasa bagi keluarga untuk menyadari bahwa kebutuhan mereka tidak boleh diabaikan

2.2.9 Peran keluarga dalam perawatan gangguan jiwa

Keluarga adalah orang-orang yang sangat dekat dengan pasien dan dianggap paling banyak tahu kondisi pasien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada pasien. Sehingga keluarga sangat penting artinya dalam perawatan dan penyembuhan pasien. Alasan utama pentingnya keluarga dalam perawatan jiwa (Nurgazali, 2012) yaitu:

1. Keluarga merupakan lingkup yang paling banyak berhubungan dengan pasien
2. Keluarga (dianggap) paling mengetahui kondisi pasien
3. Gangguan jiwa yang timbul pada pasien **mungkin** disebabkan adanya cara asuh yang kurang sesuai bagi pasien

4. Pasien yang mengalami gangguan jiwa nantinya akan kembali kedalam masyarakat; khususnya dalam lingkungan keluarga
5. Keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi pasien.
6. Gangguan jiwa mungkin memerlukan terapi yang cukup lama, sehingga pengertian dan kerjasama keluarga sangat penting artinya dalam pengobatan

2.2.10 Pencegahan Kekambuhan

Pencegahan kekambuhan adalah mencegah terjadinya peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan Yulianti, (2010). Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 79% pada tahun ke dua (Yosep,2009). Kekambuhan biasa terjadi karena adanya kejadiankejadian buruk sebelum mereka kambuh. Empat faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat dirumah sakit (Dit, (2008)

1. Klien: sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit tidak memakan obat secara teratur.
2. Dokter (pemberi resep) : makan obat yang teratur dapat mengurangi kambuh, namun pemakaian obat neuroleptic yang lama dapat menimbulkan efek samping *Tardive Diskinesia* yang

dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol.

3. Penanggung jawab klien: setelah klien pulang ke rumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah.
4. Keluarga: Berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan), hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Selain itu klien juga mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian/kecelakaan). Dengan terapi keluarga klien dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stress. Cara terapi biasanya: mengumpulkan semua anggota keluarga dan memberi kesempatan menyampaikan perasaan-perasaannya. Memberi kesempatan untuk menambah ilmu dan wawasan baru kepada klien gangguan jiwa, memfasilitasi untuk hijrah menemukan situasi dan pengalaman baru.

2.3 Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat dengan memaksimalkan seluruh potensi yang ada dimasyarakat, baik warga masyarakat sendiri, tokoh masyarakat, dan profesi kesehatan mulai dari

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Persiapan tenaga yang handal agar promosi, prevensi, kurasi dan rehabilitasi terhadap masyarakat yang menderita sakit, berisiko sakit dan masyarakat yang sehat dapat dilakukan secara menyeluruh, terutama pelayanan kesehatan jiwa. Sehingga akan menunjang terciptanya masyarakat yang sehat secara menyeluruh baik secara fisik maupun mental emosional (Pinilih, 2015)

Meskipun pelayanan kesehatan jiwa telah diatur dalam beberapa peraturan yang memungkinkan bagi daerah untuk mengembangkan potensi lokalnya, akan tetapi penerapan pelayanan kesehatan jiwa di lapangan masih terpusat pada pelayanan kesehatan jiwa di institusi khusus. Pemahaman bahwa pelayanan kesehatan jiwa dapat dilakukan di sarana kesehatan yang tersedia seperti puskesmas, balai kesehatan masyarakat dan Rumah Sakit Umum (RSU) ternyata sangat rendah, bahkan pemahaman petugas kesehatan terkait kesehatan jiwa dan penanganannya juga masih rendah. Rata-rata penderita gangguan jiwa di masyarakat mengalami kondisi kurang pengetahuan dan kondisi miskin secara financial.

Kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan di Puskesmas, serta kurangnya pengetahuan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan jiwa akan berdampak serius dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat. Padahal masyarakat perlu untuk dimandirikan dalam mengatasi masalahnya sehingga dapat dipertahankan kondisinya, yang sehat akan tetap sehat, yang berisiko akan menjadi sehat dan yang mengalami

gangguan kesehatan jiwa akan dapat hidup mandiri di masyarakat. Maka untuk itu penting kiranya dilakukan alih pengetahuan dan pelatihan tentang keperawatan kesehatan jiwa yang berbasis masyarakat bagi perawat puskesmas agar perawat puskesmas dapat memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat dengan lebih baik sesuai dengan kompetensinya (Pinilih, 2015)

Masalah kesehatan jiwa adalah masalah yang sangat mempengaruhi produktifitas dan kualitas kesehatan perorangan maupun masyarakat yang tidak mungkin ditanggulangi oleh satu sektor saja, tetapi perlu kerja sama multi sektor. Mutu Sumber Daya Manusia tidak dapat diperbaiki hanya dengan pemberian gizi seimbang saja namun harus mulai dari dasar dengan melihat bahwa manusia selalu terdiri dari tiga aspek yaitu organ biologis (fisik/jasmani), Psikoedukatif (mental-emosional atau jiwa) dan sosio-kultural (sosial-budaya/ lingkungan).

Menkes menyebutkan 7 alasan perlunya mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa pada pelayanan primer (Kemenkes, 2009):

1. Beban biaya dan psikis pada keluarga atas gangguan kesehatan jiwa sangat besar.
2. Masalah kesehatan jiwa dan masalah kesehatan fisik saling terkait satu sama lain, tidak bisa dipisahkan.
3. Kesenjangan ketersediaan perawat untuk gangguan jiwa sangat besar.

4. Pelayanan kesehatan primer untuk kesehatan jiwa dapat meningkatkan aksesibilitas.
5. Pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan pada pelayanan kesehatan tingkat primer dapat meminimalisasi timbulnya stigma dan diskriminasi terhadap masalah gangguan jiwa.
6. Pelayanan kesehatan primer untuk kesehatan jiwa yang dilakukan di Puskesmas jauh lebih murah daripada biaya pelayanan di Rumah Sakit Jiwa /rumah sakit umum.
7. Mayoritas individu dengan gangguan kesehatan jiwa yang dirawat pada layanan dasar menunjukkan hasil yang baik

2.3.1 Berdasarkan undang-undang tentang kesehatan jiwa pasal 1 tahun 2014 menyebutkan bahwa:

- a. Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.
- b. Orang dengan masalah kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa.

- c. Orang dengan gangguan jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.
- d. Upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
- e. Sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa dalam pasal 36
 - 1. Sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa
 - 2. Fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa;
 - 3. Perbekalan kesehatan jiwa;
 - 4. Teknologi dan produk teknologi Kesehatan Jiwa; dan
 - 5. Pendanaan kesehatan jiwa

Sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa dalam pasal 37 ayat 1 dan 2 terdiri atas:

Ayat 1

- 1. Tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang
- 2. Kesehatan Jiwa;

3. Tenaga profesional lainnya; dan
4. Tenaga lain yang terlatih di bidang Kesehatan Jiwa.

Ayat 2

Tenaga profesional lainnya dan tenaga lain yang terlatih dibidang kesehatan jiwa berperan sebagai mitra tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.

Perencanaan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa dilakukan oleh pemerintah dan pemerintah daerah dengan memperhatikan:

1. Jenis upaya penyelenggaraan kesehatan jiwa yang dibutuhkan oleh masyarakat
2. Jumlah fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa; dan
3. Jumlah tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa

2.3.2 Fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa pada pasal 45 tahun 2014

1. Fasilitas pelayanan kesehatan; dan
2. Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat

- a. Pada pasal 46 tahun 2014 menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- b. Pada pasal 47 tahun 2014, fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud dalam pasal 45 didirikan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat.
- c. Pasal 48 tahun 2014, Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 45 huruf a meliputi:
 - 1. Puskesmas dan jejaring, klinik pratama, dan praktik
 - 2. Dokter dengan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa;
 - 3. Rumah sakit umum;
 - 4. Rumah sakit jiwa; dan
 - 5. Rumah perawatan
- d. Dalam pasal 49 tahun 2014
 - 1. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 wajib menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Jiwa.
 - 2. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf b dilakukan di klinik kesehatan jiwa atau sebutan lainnya.
- e. Dalam pasal pasal 50 tahun 2014

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa, perbekalan kesehatan jiwa, serta mengikuti perkembangan teknologi dan produk dan pada teknologi kesehatan jiwa yang berbasis bukti.

f. Pasal 51 tahun 2014

1. Fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki izin dan memenuhi persyaratan keamanan, keselamatan, kenyamanan, dan kemudahan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam pemberian pelayanan terhadap ODMK dan ODGJ
2. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan dan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri

g. Pasal 60 tahun 2014

Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat mendirikan fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf b untuk ODGJ yang membutuhkan pelayanan berkelanjutan di setiap kabupaten/kota.

h. Pasal 62

Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin ketersediaan obat psikofarmaka sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (1)

huruf a secara merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah menjamin agar obat psikofarmaka disertakan dalam layanan manfaat program sistem jaminan sosial nasional.

2.3.3 Hak dan Kewajiban orang dengan masalah kejiwaan

Berdasarkan pasal 68 tahun 2014 yaitu:

1. Mendapatkan informasi yang tepat mengenai kesehatan jiwa;
2. Mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan jiwa mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa;
4. Mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa; dan
5. Menggunakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan jiwa.
6. Pengertian gangguan jiwa

2.3.4 Upaya keluarga mencari pelayanan kesehatan jiwa

Upaya dalam mencari pelayanan kesehatan jiwa menunjukkan kompleksitas mencari bantuan untuk masalah kesehatan mental di mana budaya tradisional bersinggungan dengan pengobatan barat modern (Fatimah Zailly, 2016). Salah satu tugas keluarga yaitu

membawa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke pelayanan kesehatan jiwa terdekat untuk mendapatkan pengobatan serta penanganan yang sesuai dengan standar kesehatan. Keluarga tidak menyadari betapa pentingnya pengobatan dan kontrol rutin kesehatan pasien yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini diperburuk dengan minimnya pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa di berbagai daerah Indonesia termasuk di Kabupaten Kepulauan Sangihe.

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan salah satu kebijakan dari pemerintah dibidang kesehatan untuk meningkatkan masyarakat yang sehat jiwanya. Pemerintah telah berusaha untuk menyediakan pelayanan yang prima untuk mencapai satu tujuan yang diinginkan. Masyarakat sudah banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan terutama di tingkat puskesmas. Akan tetapi pelayanan yang tersedia hanya melayani masyarakat yang sakit fisik saja. Tingkat kemampuan ekonomi keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan, pada umumnya keluarga yang ada di Kabupaten Kepulauan Sangihe mayoritas pada kategori cukup. Tugas kesehatan dilakukan keluarga untuk meningkatkan status kesehatan keluarganya agar menjadi lebih baik, hal ini dilatar belakangi berdasarkan data demografi keluarga dimana mayoritas keluarga bekerja sebagai petani dan nelayan. Mempengaruhi seseorang dalam mengenal, memutuskan, merawat, dan menciptakan lingkungan yang menunjang bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Kondisi gangguan jiwa yang tidak bisa di tangani dan teratasi bila melakukan pengobatan dan perawatan di rumah sakit umum. Hal ini disebabkan karena ketersediaan perawatan dan pengobatan pada rumah sakit umum hanya untuk pelayanan pasien yang mengalami sakit secara fisik saja sedangkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan pada pasien dengan gangguan kesehatan jiwa juga meningkat. Keadaan seperti ini akan semakin bertambah apabila pasien tidak terdeteksi dengan segera dan diobati secara efektif.

2.4 Pengalaman Hidup

Pengertian pengalaman adalah keseluruhan pelajaran yang dipetik oleh seseorang dari peristiwa yang dilakukan dalam perjalanan hidup. Selain itu pengalaman dapat diartikan sebagai memori *episodic* yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu yang berfungsi sebagai referensi otobiografi. Pengalaman juga sangat berharga bagi setiap manusia dan pengalaman dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Siagian, 2002)

2.5 Makna Hidup

2.5.1 Definisi makna hidup

Menurut Basataman (2007) menerangkan bahwa makna hidup adalah suatu hal yang di anggap sangat penting dan berharga, memberikan nilai khusus bagi individu.

2.5.2 Sumber makna hidup

Menurut franki (1988) terdapat tiga sumber untuk menemukan makna hidup yaitu:

- a. Nilai-nilai kreatif, nilai ini dapat diperoleh individu melalui bekerja maupun berkarya serta melaksanakan tugas dengan keterlibatan dan tanggung jawab pada pekerjaan
- b. Nilai-nilai pengalaman, nilai ini dapat diperoleh individu dengan cara menerima segala yang ada dengan penuh kesadaran dan penghayatan yang mendalam. Nilai ini mengacu pada penerimaan individu terhadap dunia.
- c. Nilai-nilai bersikap, nilai ini diperoleh individu dengan mengambil sikap terhadap keadaan yang tidak bisa dihindari. Nilai ini menekankan bahwa permasalahan yang dialami individu masih dapat memberikan makna bagi dirinya jika disikapi dengan tepat.

2.5.3 Komponen-komponen makna

Menurut Bastaman (2007) terdapat enam komponen dalam menentukan makna hidup:

1. Pemahaman diri

Meningkatkan kesadaran atau kekurangan diri sendiri dan keinginan kuat untuk melakukan perubahan-perubahan kearah kondisi yang lebih baik. Individu memiliki kemampuan untuk mengambil sikap yang tepat terhadap peristiwa, baik yang tragis maupun sempurna.

2. Makna hidup

Nilai-nilai penting yang sangat berarti bagi kehidupan pribadi yang berfungsi sebagai tujuan yang harus dipenuhi dan pengarah kegiatannya.

3. Pengubahan sikap

Pengubahan sikap dari semula bersikap negatif dan tidak tepat menjadi mampu bersikap positif dan lebih tepat menghadapi masalah, kondisi hidup yang dialami

4. Keterikan diri

Komitmen individu terhadap makna hidup yang ditemukan dan tujuan hidup yang ditetapkan. Komitmen yang kuat akan membawa individu pada pencapaian makna hidup yang lebih dalam

5. Kegiatan terarah

Usaha yang dilakukan secara sengaja dan sabar berupa pengembangan potensi-potensi (bakat, kemampuan, dan ketrampilan) positif serta pemanfaatan relasi antar pribadi untuk menunjang tercapainya makna dan tujuan hidup

6. Dukungan sosial

Adanya individu lain yang dapat dipercaya dan bersedia memberikan bantuan

2.5.4 Proses keberhasilan menemukan makna hidup

Batsman tahun 1996 menyatakan urutan pengalaman dan tahap-tahap kegiatan seseorang dalam mengubah penghayatan hidup tidak

bermakna menjadi bermakna adalah proses keberhasilan menemukan makna hidup dikategorikan menjadi lima kelompok tahapan yaitu:

1. Tahap derita: pengalaman tragis dan penghayatan hidup tanpa makna
2. Tahap penerimaan: pemahaman diri dan perubahan sikap
3. Tahap penemuan makna hidup: penemuan makna dan penentuan tujuan hidup
4. Tahap realisasi makna: kekaitan diri, kegiatan terarah dan pemenuhan makna hidup
5. Tahap kehidupan bermakna: penghayatan bermakna dan kebahagiaan

2.6 Keaslian Penelitian

Berikut adalah jurnal penelitian terkait topik yang diambil melalui database Scopus, Proquest, Elsevier & Science Direct

Tabel 2.9 Keaslian Penelitian

No	Judul, tahun & nama peneliti	Desain	Hasil
1	Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members Tlhalefi T. Et all /2017	<i>Qualitative</i>	Pentingnya Keluarga dalam menjalani proses penerimaan dan menerima informasi dari pelayanan kesehatan jiwa. Sehingga keluarga menemukan jalan keluar dan membatasi kekambuhan anggota keluarga yang sakit mental.
2	Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study	<i>Qualitative</i>	Perencanaan perawatan kesehatan mental kurang dan tidak memiliki dukungan pelaksanaan yang efektif. Perlunya kesadaran perawat dalam memberikan

	Penny Bee, et all/ 2015		layanan kesehatan mental. Dukungan yang kurang akan pengobatan kesehatan jiwa sangat diperlukan dalam proses perawatan pasien dengan gangguan jiwa.
3	Exploring barriers to utilization of mental health services in Malawi: A qualitative exploratory study Omero Mwale, et all/2017	<i>Qualitative</i>	Masyarakat tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit jiwa. Hasilnya mereka lebih percaya pada kepercayaan budaya mereka sendiri dan mereka melakukan pengobatan tradisional. Mereka percaya kesehatan mental dapat di sembuhkan dengan penyembuhan tradisional.
4	Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal Nxumalo/ 2015	<i>Qualitative</i>	Pentingnya pendidikan komunitas tentang mitos dan fakta tentang penyakit jiwa dapat membantu menekan stigma yang dihadapi oleh anggota keluarga penderita penyakit jiwa.
5	Rural Women Veterans' Use and Perception of Mental Health Services Kathy Ingelse, et all /2016	<i>Qualitative</i>	Upaya dalam mencari pelayanan kesehatan jiwa terjadi perubahan sosial yang positif dengan membantu Penyedia pendekatan veteran wanita dengan cara yang simpatik terhadap pengalaman mereka yang mengalami gangguan jiwa.
6	Stigma against mental illness: Perspectives of mental health service users. Namino Ottewell/ 2016	<i>Qualitative</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta ' masalah utama muncul untuk mendapatkan atau mempertahankan pekerjaan, dan yang dianggap sebagai ' abnormal '. penemuan dari penelitian ini menunjukkan adanya persepsi yang berbeda, manajemen dan pengalaman stigma di antara mereka yang menderita penyakit jiwa lintas budaya, dan penolakan keluarga
7	Mental Health Beliefs and Barriers to Accessing Mental Health Services in Youth Aging out of Foster Care Christina Sakai, et all /2014	<i>Qualitative</i>	Persepsi pemuda tentang kesehatan mental mereka, kebutuhan dan dukungan psikososial selama masa transisi, serta hambatan dalam akses mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan mental. Banyak pemuda kurang pengetahuan dan besarnya stigma terhadap gangguan jiwa.
8	Qualitative interviewing of Malay caregivers: stigma and mental health problems of older adults Ahmad R et all /2016	<i>Qualitative</i>	Penelitian ini menunjukkan kompleksitas mencari bantuan untuk masalah kesehatan mental di mana budaya tradisional bersinggungan dengan pengobatan Barat modern.
9	Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families	<i>Qualitative</i>	Hasil penelitian menunjukan bahwa kurangnya kemampuan terhadap kesehatan fisik perawat dalam menangani kesehatan mental yang sedang di alami oleh pasien

	Fenneke M van Hasselt, et all /2013		dengan gangguan jiwa berat. Sehingga pelayanan yang diharapkan kurang maksimal terhadap pasien dengan masalah kejiwaan.
10	Retention challenge facing Australia's rural community mental health services:Service managers' perspectives Catherine Cosgrave, et all/ 2015	<i>Qualitative</i>	Tantangan di daerah terpencil yaitu tenaga kesehatan jiwa yang di rekrut dalam melayani masalah kesehatan dan tidak tersedianya layanan kesehatan jiwa sehingga banyak masyarakat kurang tersentuh dengan pelayanan kesehatan jiwa. Tantangan masyarakat pedesaan yaitu tidak tersedianya tenaga kesehatan jiwa. Masalah sumber daya dan beban kerja secara konsisten disebutkan sebagai efek negatif baik rekrutmen maupun retensi
11	The effect of context in rural mental health care: Understanding integrated services in a small town Scott J. Fitzpatrick et all /2017	<i>Qualitative</i>	Perawatan kesehatan yang tidak setara bagi mereka yang memiliki penyakit jiwa dan akses terhadap model terpadu sangat penting mendukung perawatan fisik dan mental yang baik. Terutama terjadi di daerah pedesaan dimana geografis dan masalah struktural membatasi penyediaan layanan kesehatan. Fasilitasi keterkaitan yang berkelanjutan antara praktik umum dan kesehatan mental masyarakat membutuhkan latihan kekuatan, pengetahuan, dan sumber daya yang terampil mitra untuk mengatasi faktor sosial dan struktural yang mempengaruhi situasi kesehatan setempat.
12	Qualitative examination of rural service provision to persons with concurrent developmental and mental health challenges. Linda Kreitzer, /2015	<i>Qualitative</i>	Kompleksitas penyediaan layanan kesehatan daerah terpencil bagi mereka yang memiliki diagnosis penyakit mental dan kecacatan perkembangan juga disorot dan termasuk tantangan kehidupan di utara, kesulitan dalam diagnosis, dan masalah tingkat sistem sehingga membuat masyarakat pedesaan sulit mendapatkan layanan kesehatan jiwa.
13	What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities? Susan L Thomas,et all 2014	<i>Qualitative</i>	Daerah pedesaan dan terpencil mengalami akses yang lebih buruk ke perawatan kesehatan primer dan hasil kesehatan yang lebih buruk dibandingkan dengan populasi metropolitan atau masyarakat perkotaan. Data kualitatif mencakup tantangan yang merata di daerah pedesaan dan terpencil dal hal pelayanan kesehatan mental, sehingga pentingnya koordinasi pelayanan dan beragam strategi untuk mengatasi hambatan akses.
14	Rural and Remote General Practitioners' Perceptions of Psychologists.	<i>Qualitative</i>	Tidak tersedianya pelayanan kesehatan jiwa didaerah terpencil membuat dokter umum harus turun langsung menangani masalah

	Carly Rose Sutherland/ 2017		gangguan jiwa. Harapan yang besar adanya psikolog atau dokter jiwa yang boleh masuk didaerah terpencil sehingga dapat dipromosikan kepada klien mereka.
15	Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen's Behavioral Model of Health Service Use Annette Graham, et all /2016	<i>Quantitative</i>	Model Andersen merupakan titik awal yang berguna untuk eksplorasi penggunaan layanan kesehatan di antara orang-orang yang mengalami depresi. Model ini menyarankan pentingnya keterhubungan sosial dalam mempromosikan penggunaan layanan kesehatan jiwa. Peserta yang telah menerima informasi penyakit jiwa yang bermanfaat secara signifikan mungkin lebih banyak telah mengakses layanan kesehatan mental dari pada mereka yang tidak pernah mengakses.
16	Improving child welfare services with family team meetings: A mixed methods analysis of caseworkers' perceived challenges Jangmin Kima, et all /2016	<i>Qualitative</i>	Penelitian ini menunjukkan bahwa simptomatik, fungsional dan pemulihan psikologis berkorelasi secara signifikan namun tidak sepenuhnya saling tumpang tindih. Hampir 40% Peserta yang melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan jiwa berada pada tahap lebih rendah dalam pemulihan psikologis, sebagian besar mereka memiliki gejala ringan atau lebih rendah
17	Experiences of remote mood and activity monitoring in bipolar disorder: A qualitative study Saunders, et all/ 2017	<i>Qualitative</i>	Pendekatan kesehatan melalui elektronik memiliki potensi yang baik untuk memberikan wawasan baru tentang kesehatan mental dan mengubah perilaku terhadap kesehatan itu sendiri. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dirasakan dari pendekatan dan perspektif pasien.
18	Resilience in schizophrenia: A comparative study between a remote island and an urban area in Japan Kazunari Yoshida, et all/ 2016	<i>Quantitative</i>	Penderita skizofrenia tinggal di sebuah pulau dan di sebuah wilayah metropolitan menunjukkan tingkat ketahanan yang sebanding perbedaan lokasi geografis Di sisi lain, durasi yang lebih lama penyakit dan tingkat QOL yang lebih tinggi secara keseluruhan terkait dengan yang lebih besar tingkat ketahanan. Ketahanan yang lebih tinggi pada mereka yang memiliki durasi penyakit lebih lama mungkin mewakili kekuatan mental memantul kembali mereka diperoleh melalui pengalaman penyakit dan penanganannya yang berhasil, gagasan yang harus dieksplorasi lebih lanjut.
19	Family carers: A role in addressing chronic disease risk behaviours for people with mental illness?	<i>Quantitative</i>	Penelitian ini yaitu studi pertama yang secara kuantitatif mengeksplorasi sejauh mana pengasuh keluarga yang mempromosikan

	Jacqueline M et all/ 2017	perilaku orang dengan kesehatan mental. Persepsi mereka terhadap peran peduli ini dan hubungan antara karakteristik penjaga dan persepsi dan penyediaan perawatan mereka. Keluarga lebih cenderung mempromosikan setiap perilaku kesehatan orang yang mereka sayangi merasa dapat diterima serta dapat mempengaruhi perilaku setiap hari.
--	---------------------------	---

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam study ini adalah kualitatif karena penelitian ini mencoba untuk mengeksplorasi informasi yang mendalam tentang pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa (Lincoln, Y & Guba 1985). Penelitian kualitatif dapat mengeksplorasi informasi yang diutarakan menurut pandangan masing-masing informan. Pendekatan yang digunakan adalah fenomenologis karena digunakan untuk menggali hubungan, mengidentifikasi serta mengembangkan hubungan yang terkait dari makna fenomena yang diteliti.

Fenomenologi merupakan studi yang mencoba memahami sebuah persepsi dan pemahaman manusia atas situasi yang terjadi untuk melibatkan pengalaman dan bagaimana suatu fenomena yang mempengaruhi sikap manusia. Penelitian fenomenologi menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada individu. Fenomenologi bertujuan untuk mempelajari, mengembangkan atau menemukan pengetahuan dengan pendekatan ilmiah dalam mengungkapkan makna atau menginterpretasikan berdasarkan beberapa hal yang berarti dari individu (Cresswell, 2012)

3.2 Sosial Situation, Informan dan Sampling

3.2.1 Social Situation

Istilah populasi dalam penelitian kualitatif diganti dengan *social Situation* atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen yaitu: tempat (*place*), pelaku (*actors*) dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis (Sugiono, 2015). Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Sebagai narasumber atau informan adalah salah satu keluarga yang bertanggung jawab dan tinggal serumah dengan klien gangguan jiwa. Aktivitas yang diteliti adalah pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa.

3.2.2 Informan

Penelitian kualitatif menekankan pada aspek kecocokan dengan konteks penelitian dari pada banyaknya jumlah informan. Batasan dari penelitian kualitatif tidak dibatasi oleh nominal satuan melainkan dari tingkat saturasi dari masing-masing jawaban responden.

Informan dalam penelitian ini adalah salah satu anggota keluarga yang bertanggung jawab dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe dengan kriteria inklusi sampel yaitu:

1. Mampu berkomunikasi dengan baik
2. Tinggal serumah dengan klien
3. Tidak sedang sakit fisik berat
4. Merawat klien dengan gangguan jiwa

3.2.3 Sampling

Pengambilan sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling secara *Purposive Sampling* dimana peneliti memilih sampel yang dapat dijangkau dan memudahkan peneliti (Nursalam, 2015). Informan yang dijumpai peneliti di lokasi penelitian dan memenuhi kriteria inklusi akan disajikan sebagai sampel penelitian dengan jumlah 15 informan.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Seminar praproposal dilakukan pada akhir Oktober 2017, dan seminar proposal dilakukan pada bulan Desember 2017. Setelah proposal dinyatakan lulus, kemudian uji etik pada bulan Januari 2018, dan mengurus ijin penelitian. Penelitian ini dilakukan pada awal bulan Februari sampai minggu ke dua bulan April 2018. Transkrip hasil pengumpulan data dianalisis mulai minggu ke tiga bulan April sampai Mei. Pengumpulan dilakukan dalam kurun waktu tiga minggu mulai minggu kedua bulan Mei 2018

3.4 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti sendiri. Alasan yang mendasari karena segala sesuatunya belum jelas, belum pasti dan masih perlu dikembangkan selama penelitian sehingga manusia sebagai *human instrumen* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan

data, menilai kualitas data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atau temuannya (Sugiyono, 2015). Selain manusia sebagai instrumen penelitian, alat pengumpulan data lain yang menunjang proses penelitian adalah pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*), catatan lapangan (*fields notes*) dan alat perekam gambar dan perekam suara.

Pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*) yang digunakan disusun berdasarkan tujuan penelitian yang dijabarkan kedalam pertanyaan-pertanyaan yang diharapkan mampu mengeksplorasi informasi secara mendalam dan luas dari informan. Catatan lapangan (*fields notes*) digunakan untuk mencatat semua kejadian saat pengambilan data yang bisa dilakukan oleh peneliti.

Instrumen lain berupa alat perekam dimanfaatkan peneliti untuk merekam semua informasi yang didapatkan selama wawancara. Keberhasilan untuk mendapatkan data yang dalam dan luas dari informan sangat tergantung pada kemampuan peneliti dalam mengeksplorasi informasi. Oleh karena itu, peneliti akan menggunakan teknik komunikasi terapeutik dalam mengeksplorasi informasi. Peneliti berusaha mendengar dengan sabar, bersikap empati pada informan, mengemas pertanyaan yang jelas, mengelaborasi dengan halus apa yang ditanyakan bila partisipan belum memberikan informasi yang cukup sesuai dengan harapan peneliti serta tidak memaksakan informan untuk menjawab pertanyaan saat itu jika dirasa informan belum siap menjawab.

3.5 Keabsahan Data

Menurut Lincoln, Y & Guba (1985) menyatakan bahwa penelitian kualitatif harus mempunyai komponen keabsahan. Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validasi interna), *transferability* (validasi eksternal), *dependability* (reabilitas) dan *confirmability* (objektivitas)

1. Uji *Credibility*

Uji kredibilitas data atau validitas internal merupakan uji keabsahan data yang memungkinkan dihasilkannya penemuan yang kredibel (dapat dipercaya) hal ini dibuktikan oleh peneliti terhadap fenomena yang diteliti. Kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian dan melakukan *memberchecking* yang diperoleh dari beberapa sumber.

2. Uji *Transferability*

Uji ini merupakan suatu bentuk validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkan hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Untuk menerapkan hal tersebut, maka peneliti dalam membuat laporannya harus memberikan uraian yang terinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya sehingga pembaca dapat memutuskan dapat atau tidaknya penelitian tersebut diaplikasikan. Nilai transfer bergantung pada pemakaian dimana hasil penelitian tersebut dapat diterapkan dalam konteks dan situasi sosial lain. Dalam hal ini peneliti

sendiri juga tidak dapat menjamin nilai validitas eksternal penelitiannya. Bila pembaca laporan memperoleh gambaran yang jelas bagaimana suatu penelitian itu mampu diberlakukan atau diterapkan, maka penelitian tersebut sudah memenuhi standart transferabilitas. Uji *transferabilitas* ini dilakukan dengan proses konsultasi terhadap hasil penelitian dan analisis data serta melampirkan transkrip yang dapat dibaca oleh pembimbing dan penguji (Sugiyono, 2015).

3. Uji *Dependability*

Uji ini dilakukan dengan menggunakan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Caranya dilakukan oleh auditor yang independent atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Bagaimana peneliti mulai menentukan masalah atau fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti. Dilakukan oleh pembimbing pada penelitian saat kegiatan konsultasi yaitu sejak penentuan awal masalah penelitian, selama proses kegiatan penelitian, cara melakukan analisis data sampai dengan penyusunan laporan kegiatan penelitian, menunjukan *log book* setiap kegiatan konsultasi dan melakukan *sharing* transkrip wawancara.

4. Uji *Confirmability*

Uji ini mirip dengan uji *dependability*, sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Menguji *confirmability* berarti menguji hasil

penelitian dikaitkan dengan proses yang dilakukan. Bila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian yang dilakukan maka penelitian tersebut telah memenuhi standar *confirmability*. Dalam penelitian uji *confirmability* dilakukan oleh peneliti bersama pembimbing saat menentukan tema hasil penelitian. Peneliti dan pembimbing beberapa kali melakukan revisi sampai dapat menemukan tema-tema hasil analisis data yang tepat.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

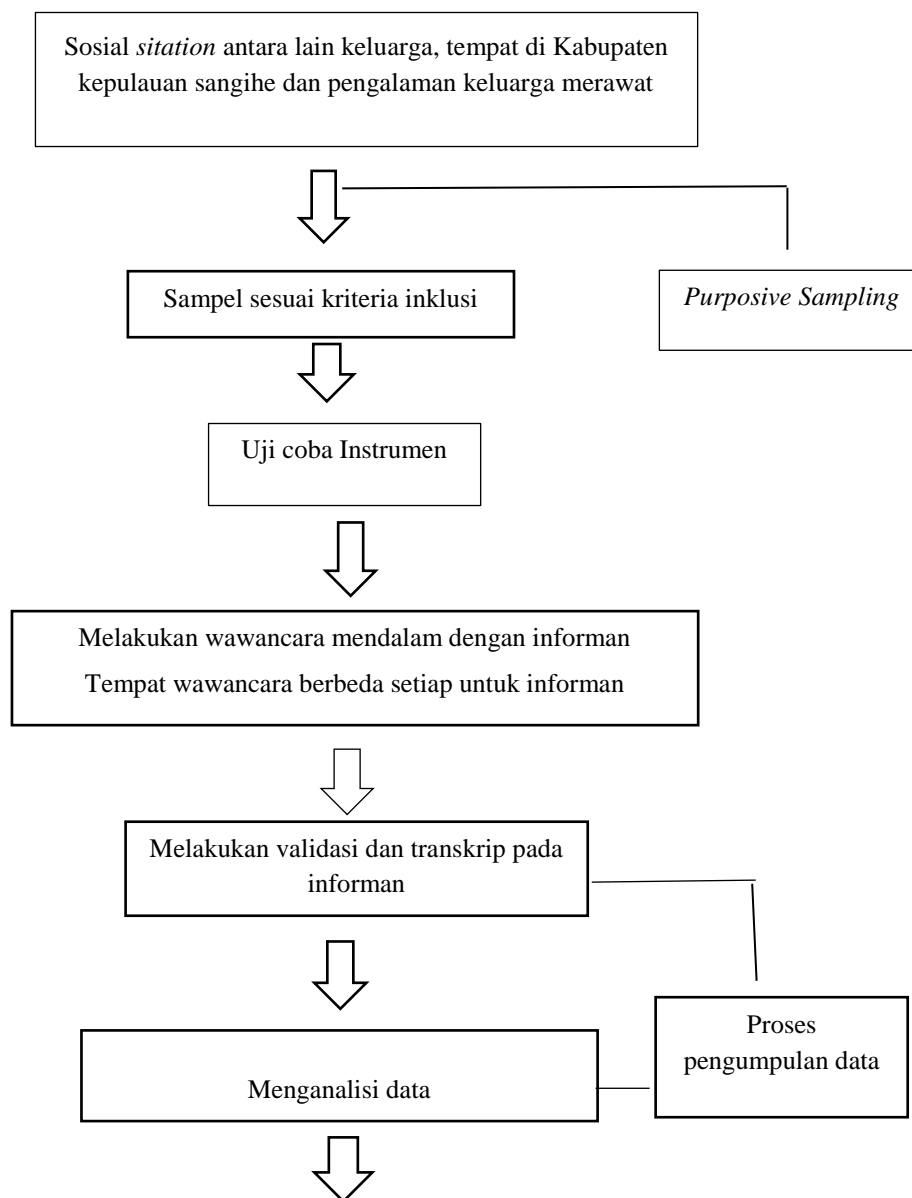
Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik wawancara mendalam dengan menggunakan pertanyaan terbuka dan semi terstruktur dalam proses pengumpulan data. Selain wawancara mendalam peneliti juga menggunakan catatan lapangan untuk mengidentifikasi.

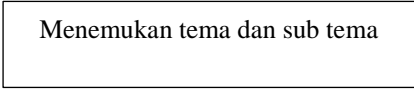
Teknik pengumpulan data yang telah dilakukan peneliti adalah sebagai berikut:

1. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti memperkenalkan diri kepada informan dan semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan klien serta membina hubungan saling percaya
2. Peneliti meminta informan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian, pengisian data demografi
3. Peneliti membuat persetujuan dengan informan mengenai tempat dan waktu wawancara. Dalam kesempatan ini peneliti juga meminta izin untuk menggunakan camera video untuk merekam wawancara.

4. Apabila peneliti sudah mendapatkan kesepakatan jadwal wawancara, maka peneliti menemui informan untuk melakukan wawancara. Setiap wawancara berlangsung selama 50 menit untuk setiap pertemuan dan wawancara dilakukan dua kali pertemuan untuk setiap informan dimaksudkan dua kali pertemuan jika pertemuan pertama saat wawancara berlangsung tiba-tiba informan menghentikan proses wawancara maka peneliti tidak bisa memaksakan dan wawancara bisa dilanjutkan pada pertemuan kedua atau berikutnya.
5. Hasil wawancara dan catatan lapangan yang peneliti kumpulkan, kemudian data tersebut ditranskripsikan
6. Peneliti mengidentifikasikan tema dan sub tema yang muncul
7. Setelah informan menyatakan hasil wawancara sudah valid dan sesuai, peneliti menarik kesimpulan dan menyajikan data.

3.7 Kerangka Kerja





Menemukan tema dan sub tema

Gambar 3. 1 Kerangka kerja penelitian pengalam keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa

3.8 Analisis Data

Pengolahan data pada tahap analisis melalui cara pengorganisasian data yang dilakukan untuk membantu dan memudahkan peneliti dalam melakukan analisis data. Data yang diperoleh peneliti melalui wawancara mendalam dianalisis dengan menggunakan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif studi fenomenologi. Aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus pada setiap tahapan penelitian sampai tuntas dan data sampai jenuh. Analisis data menggunakan metode Collaizi yang terdiri dari tujuh tahapan sebagai berikut (Collaizi, 1978):

1. Memutar kembali hasil rekaman dan menulis kata demi kata kedalam file komputer
2. Transkrip ini di uji keakuratannya dengan mendengarkan kembali rekaman wawancara sambil membaca transkrip
3. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal informan, diintegrasikan dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara

4. Setelah membaca berulang-ulang, peneliti menentukan pernyataan-pernyataan yang signifikan terkait dengan fenomena yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian.
5. Jika terdapat pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama pada transkrip informan yang sama, maka pernyataan tersebut diabaikan
6. Kata kunci diidentifikasi melalui penyaringan pernyataan-pernyataan tersebut. Kata-kata kunci yang memiliki arti yang relatif sama diformulasikan menjadi satu kategori
7. Penentuan kategori dilakukan dengan sangat hati-hati agar tidak terjadi penyimpangan arti dari informan. Kategori-kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub-sub tema. Sub-sub tema yang sejenis selanjutnya dikelompokkan ke dalam sub tema yang lebih umum. Tema terbentuk dari pengelompokan beberapa sub tema yang mengandung makna yang setara.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian “Bagaimana pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe”. Bagian ini terdiri dari uraian tentang karakteristik informan dan tema-tema yang dihasilkan pada penelitian ini.

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian (Kabupaten Kepulauan Sangihe)

4.1.1 Geografis



Gambar 4.1.1 letak Geografi Kabupaten Kepulauan Sangihe, Propinsi Sulawesi Utara

Kabupaten Kepulauan Sangihe adalah salah satu Kabupaten yang terletak paling Utara Indonesia, yang berbatasan langsung dengan Negara Philipina, dengan memiliki luas wilayah 736, 98 km².

a. Posisi: 2°4'13"- 4° 44' 22" Lintang Utara

125° 9' 28"-125° 56'57 Bujur Timur

b. Batas wilayah

Utara : Republik Philipina dan Kabupaten Kepulauan Sangihe

Selatan : Kabupaten Kepulauan Siau Tangelandang (SITARO)

Timur : Samudra Pasifik dan Laut Maluku

Barat : Laut Sulawesi

c. Jarak Ibukota Kabupaten ke ibukota Provinsi : 142 mil Laut

4.1.2 Gambaran umum lokasi penelitian

Jarak tempuh rumah informan harus melewati bukit dan jalan yang rusak dan tidak bisa di lalui oleh kendaraan bermotor sehingga peneliti harus berjalan kaki menelusuri sungai kecil dan perkebunan orang untuk mendapatkan rumah informan satu ke informan yang lain. Salah satu informan, yang tinggal jauh dari perkampungan membuat peneliti harus berjalan kaki masuk ke dalam hutan, naik turun bukit dan melewati beberapa sungai kecil dan jalan yang licin karena keadaan iklim dikepulauan sangihe yang setiap harinya hujan. Peneliti harus melewati beberapa kampung dengan menggunakan kendaraan bermotor karena jalan yang sempit dan curam.

4.1.3 Jarak Tempuh Antar Kecamatan

Jarak Kecamatan ke Ibukota Kabupaten Kepulauan Sangihe

Distance to Capital of Kepulauan Sangihe Regency

Kecamatan / District (1)	Ibukota / Capital (2)	Jarak / Distance (3)
1 Manganitu Selatan	Lapango	56,00 km
2 Tatoareng	Kahakitang	33,67 mil
3 Tamako	Pokol	32,00 km
4 Tabukan Selatan	Lesabe 1	42,00 km
5 Tabukan Selatan Tengah	Salurang	52,00 km
6 Tabukan Selatan Tenggara	Pintareng	57,00 km
7 Tabukan Tengah	Kuma	22,00 km
8 Manganitu	Mala	11,00 km
9 Tahuna	Bungalawang	1,00 km *)
10 Tahuna Timur	Tona 1	2,00 km *)
11 Tahuna Barat	Kolongan Mitung	9,00 km *)
12 Tabukan Utara	Bengketang	17,00 km
13 Nusa Tabukan	Nipa	26,49 mil
14 Kepulauan Marore	Marore	77,00 mil
15 Kendahe	Kendahe 1	18,00 km

Sumber: Dinas Perhubungan, Komunikasi dan Informasi Kabupaten Kepulauan Sangihe

Source: Transportation, Communication and Information Services of Kepulauan Sangihe Regency

*) Sumber/ Source: Kantor Kecamatan / District Office

Gambar 4.1.3 Jarak tempuh antar kecamatan di Kabupaten kepulauan Sangihe, Propinsi Sulawesi Utara

4.2 Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini terdapat 15 keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa, tinggal serumah dan berdomisili di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Selama wawancara berlangsung tiga belas keluarga yang memberikan informasi adalah salah satu anggota keluarga sebagai informan, dan dua keluarga memberikan informasi bersamaan dengan anggota keluarga yang lain (nimbrung). Secara umum informan adalah ibu, ayah, suami, anak, tante, adik dan kakak klien. Usia informan termuda 44 tahun dan tertua 67 tahun. Tingkat pendidikan informan terbanyak adalah SMP. Jenis kelamin

terbanyak pada informan adalah perempuan sebanyak sebelas orang, empat belas suku sangihe, dan satu informan suku minahasa. Latar belakang pekerjaan terbanyak adalah petani dan paling lama merawat yaitu dua puluh lima tahun. Berikut adalah tabel karakteristik Informan:

Tabel 4.2.1: Rekapitulasi Karakteristik Informan

Informan	J/K	Usia/ Tahun	Agama	Suku	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Merawat Dalam Tahun	Hubungan informan Dengan klien
1	L	46	Islam	Sangihe	S1	Guru	21	Adik Kandung
2	P	48	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Petani	25	Adik kandung
3	P	64	Kr. Protestan	Sangihe	SD	Petani	11	Anak
4	L	63	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Petani	10	Istri
5	P	65	Kr. Protestan	Sangihe	SD	IRT	20	Anak
6	P	63	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Pedagang ikan	10	Anak
7	L	70	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Petani	15	Anak
8	P	60	Kr. Protestan	Sangihe	SD	Petani	17	Adik kandung
9	P	65	Kr. Protestan	Sangihe	SD	Petani	10	Keponakan
10	P	62	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	IRT	15	Anak
11	P	44	Kr. Protestan	Minahasa	S1	Wira swasta	8	Ibu sambung
12	P	52	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	IRT	3	Anak
13	P	61	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	IRT	10	Anak
14	P	48	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Wira swasta	20	Anak
15	L	62	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Wira swasta	18	Kakak kandung

Tabel 4.2.2: Data Demografi Klien Dengan Gangguan Jiwa

KODE	Jenis Kelamin	Usia/ Tahun	Agama	Suku	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Status
CB	Laki-laki	38	Islam	Sangihe	SMA	Tidak ada	Belum Menikah
CG	Laki-laki	52	Kr. Protestan	Sangihe	SD	Tidak ada	Belum Menikah
BH	Laki-laki	23	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Tidak ada	Belum Menikah
DR	Perempuan	60	Kr. Protestan	Sangihe	SD	IRT	Menikah
PL	Perempuan	38	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Tidak ada	Belum Menikah
IK	Perempuan	42	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Tidak ada	Belum Menikah
MP	Laki-laki	37	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Tidak ada	Menikah
NT	Perempuan	60	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Tidak ada	Menikah
SR	Perempuan	38	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	PNS	Belum Menikah
PD	Laki-laki	32	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	IRT	Belum Menikah

PS	Laki-laki	22	Kr. Protestan	Sangihe	SMA	Tidak ada	Belum Menikah
TP	Perempuan	16	Kr. Protestan	Sangihe	Kelas 2 SMP	Siswi	Belum Menikah
UL	Perempuan	34	Kr. Protestan	Sangihe	S1	Tidak ada	Belum Menikah
SD	Perempuan	22	Kr. Protestan	Sangihe	Taman Kanak	Tidak ada	Belum Menikah
RL	Laki-laki	68	Kr. Protestan	Sangihe	SMP	Tidak ada	Belum Menikah

4.3 Analisis Tema

Berikut ini akan di uraikan Analisis data menggunakan metode Collaizi yang terdiri dari tujuh tahapan sebagai berikut (Collaizi, 1978):

8. Memutar kembali hasil rekaman dan menulis kata demi kata kedalam file komputer
9. Transkrip ini di uji keakuratannya dengan mendengarkan kembali rekaman wawancara sambil membaca transkrip
10. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal informan, diintegrasikan dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara
11. Setelah membaca berulang-ulang, peneliti menentukan pernyataan-pernyataan yang signifikan terkait dengan fenomena yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian.
12. Jika terdapat pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama pada transkrip informan yang sama, maka pernyataan tersebut diabaikan
13. Kata kunci diidentifikasi melalui penyaringan pernyataan-pernyataan tersebut. Kata-kata kunci yang memiliki arti yang relatif sama diformulasikan menjadi satu kategori

14. Penentuan kategori dilakukan dengan sangat hati-hati agar tidak terjadi penyimpangan arti dari informan. Kategori-kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub-sub tema. Sub-sub tema yang sejenis selanjutnya dikelompokkan ke dalam sub tema yang lebih umum. Tema terbentuk dari pengelompokan beberapa sub tema yang mengandung makna yang setara.

Tabel 4.3 Distribusi Tema

Tema	Sub Tema
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan Dasar
	Tingginya Biaya Menjangkau Rumah Sakit Jiwa
Gejala Gangguan Jiwa	Perubahan perilaku
Beban Psikologi	Kecewa dengan perilaku klien
	Jenuh Selama Merawat
	Takut dengan Perilaku Klien
	Sulit diatur
Persepsi Keluarga	Persepsi Positif
	Persepsi Negatif
Perilaku Mencari Pengobatan	Profesional
	Non Profesional
Dukungan Sosial	Dukungan Komunitas
	Dukungan Keluarga
Takdir	Ikhlas Menerima Kenyataan
	Pasrah Kepada Tuhan
	Sebagai Musibah dalam Keluarga

Tema 1 : Kondisi Ekonomi

Latar belakang pekerjaan dari lima belas informan berbeda-beda dimana setiap penghasilan yang didapat akan mempengaruhi kebutuhan sehari-hari. Untuk mendapatkan layanan kesehatan jiwa pun membutuhkan biaya yang tidak sedikit.

Sub tema dari Kondisi Ekonomi terdiri dari 1) Kebutuhan Dasar, 2) Tingginya biaya menjangkau RSJ.

1. Kebutuhan hidup setiap hari

a. Merasa cukup

Informan merasa cukup dalam memenuhi kebutuhan setiap hari. Pendapatan sebagai pegawai negeri sipil yang diterima setiap bulannya dapat mencukupi kebutuhan hidup keluarga. Berikut pernyataan di bawah ini:

“...kebutuhan setiap hari insyaallah cukup no mo pake setiap hari..hehehehehe”

“...kebutuhan setiap hari insyaallah cukup untuk kita gunakan setiap hari...hehehehehe”(Informan 1)

Kebutuhan hidup dapat tercukupi dengan penghasilan informan karena aktivitas informan setiap hari dengan menjual makanan di kantin dan penghasilan suami sebagai pensiunan bisa mencukupi kebutuhan makan minum dan membayar kebutuhan setiap bulan seperti air dan listrik. Berikut pernyataan informan di bawah ini:

“...paitua pe penghasilan deng kita pe jualan cukup for torang pe kebutuhan hidup setiap hari deng bayar listri juga aer”

“...penghasilan suami setiap bulan dan dagangan saya cukup untuk kebutuhan hidup kita setiap hari dan bayar listrik juga air” (Informan 11)

b. Berharap hasil kebun

Informan yang memiliki pekerjaan sebagai petani, sangat mengharapkan hasil tanaman bisa di jual dan di gunakan untuk memenuhi kebutuhan setiap hari seperti menanam sayur dan rempah-rempah sebagian dapat dimanfaatkan untuk kebutuhan makan, dan sebagian di jual untuk memenuhi kebutuhan yang lain. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...cukup noh soalnya torang boleh mo hidop deng memanfaatkan hasil kebong”

“...cukuplah lagi pula kita bisa hidup dengan memanfaatkan hasil berkebun”(Informan 2)

“...kita musti mo jual hasil ba kebong demi mo kase cukup kebutuhan setiap hari”

“...saya harus menjual hasil berkebun demi mencukupi kebutuhan setiap hari” (Informan 4)

“...kebutuhan hidup torang setiap hari cuma ja berharap di hasil kebong noh, di sanger nda ada yang murah”

“...kebutuhan hidup kita setiap hari hanya berharap dari hasil kebun, di sangihe kan tidak ada yang murah” (Informan 9)

c. Kebutuhan apa adanya

Informan mengatakan kebutuhan hidup yang di jalani setiap hari tidak selalu terpenuhi. Apa saja yang bisa di olah menjadi makanan merupakan hal yang sangat di syukuri oleh informan. Makan nasi dan sambel saja

sudah menjadi hal yang biasa jika tidak bisa mencukupi kebutuhan yang lain. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...torang so biasa makan apa adanya, biar cuma nasi deng dabu-dabu yang penting boleh mo makan”

“...kita udah biasa makan apa adanya walaupun hanya nasi dan sambel yang penting kita bisa makan” (Informan 3)

d. Bantuan anak

Membantu orang tua yang mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan setiap hari adalah tugas seorang anak. Dimana dua keluarga yang mengalami kekurangan dalam mencukupi kebutuhan selalu membantu setiap kekurangan dalam keluarga terutama kebutuhan makan dan minum. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kalo cuma mama deng X pe kebutuhan setiap hari kita ja bantu”

“....kalau kebutuhan mama dan X setiap hari saya yang membantu”(Informan 5:2)

“...ada anak-anak yang bantu kase cukup tu kebutuhan setiap hari”

“...ada anak-anak yang membantu saya dalam memenuhi kebutuhan setiap hari” (Informan 6)

Mempunyai anak yang bekerja sebagai pegawai negeri sipil dan mengalami gangguan jiwa dapat membantu kebutuhan hidup dalam keluarga dan biaya pengobatan lewat penghasilan yang diterima setiap

bulan sehingga bisa memenuhi kebutuhan makan dan minum. Berikut pernyataan di bawah ini:

“...X pe gaji noh mo beli beras,ikan deng depe obat noh”

***“...dibantu dengan gajinya seperti beli beras, ikan dan obatnya”
(Informan 10)***

e. Kesulitan uang

Penghasilan yang tidak menetap kadang memiliki uang yang pas-pasan dan kadang tidak mendapatkan uang sama sekali untuk memenuhi kebutuhan setiap hari. Harga sembako yang berubah-ubah membuat informan merasa kesulitan dalam mencukupi kebutuhan hidup setiap hari.

Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...pe stengah mati mo kase cukup tu hidop setiap hari, doi rupa mo cari mutiara dilaut”

“...susah banget untuk mencukupi kehidupan setiap hari, cari uang kaya cari mutiara dilaut” (Informan 7)

f. Bantuan

Informan merasa kesulitan dalam memenuhi kebutuhan setiap hari, memiliki suami yang buta dan dan tidak bisa berbuat apa-apa, serta adik yang mengalami gangguan jiwa membuat informan tidak bisa bekerja untuk menghasilkan uang karena memikirkan dua anggota keluarga yang sangat bergantung kepada informan. Dalam keadaan terpaksa harus meninggalkan suami dan adik di rumah karena harus pergi ke hutan untuk

mendapatkan apa yang bisa di jadikan makanan. Terkadang beras dan gula di berikan oleh lingkungan sekitar yang empati dengan keadaan informan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“....kita nda ada doi mo beli torang pe kebutuhan setiap hari kadang beras dan gula tetangga yang kase”

“...saya tidak punya uang buat beli kebutuhan setiap hari terkadang beras dan gula di kasih sama tetangga” (Informan 8)

g. Sembako naik

Kebutuhan dasar sangat sulit di penuhi karena harga sembako di pasar selalu naik sdan tidak sesuai dengan pendapatan yang di terima sehingga informan hanya bisa memenuhi kebutuhan tersebut sesuai dengan kondisi keuangan yang ada. Walaupun merasa sulit dengan biaya sembako tapi informan tetap berusaha memenuhi kebutuhan makan dan minum. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...mar bersyukur noh masih boleh makan setiap hari biar dang sembako nae dipasar...hehehehehe”

“...tapi bersyukur bisa makan setiap hari walau sembako naik dipasar...hehehehehe” (Informan 12)

“...masih boleh diatasi biar dang harga sembako di pasar naik turun mar torang masih boleh makan”

“...masih bisa di atasi meskipun harga sembako di pasar sering naik turun tapi kita masih bisa makan” (Informan 14)

1. Tingginya biaya menjangkau RSJ

Jarak tempuh tempat tinggal informan dan RSJ membutuhkan biaya yang besar dimana transportasi laut, transportasi darat dan biaya pengobatan menjadi hambatan untuk membawa klien dalam pengobatan rutin.

a. Biaya tiket dan tebus obat

Dua informan mengatakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa harus menempuh perjalanan laut 8-9 jam dan harus membeli tiket yang mahal untuk bisa sampai ke tempat tujuan yaitu RSJ. Bukan hanya biaya tiket yang menjadi kendala akan tetapi pengambilan obat yang menggunakan biaya sendiri dirasakan berat untuk informan yang mengalami kekurangan biaya. Berikut pernyataan informan di bawah ini:

“...depe biaya mahal musti mo lewat lautan, belum depe tiket deng doi obat kong torang pake doi sendiri mo dapa tu obat”

“...biaya mahal harus melewati lautan, belum lagi tiketnya dan biaya obat dan kita pakai uang sendiri untuk mendapatkan obat itu” (Informan 1)

“...nda ja ambe le di RSJ karna depe obat pe mahal, nda ada doi..hehehehehe”

“...Tidak bisa ambil obat lagi di RSJ karena obatnya udah mahal, gak punya uang..hehehehehe” (Informan 2)

“...kita kasiang pe kendala nda ada doi toh mo bawah ba obat”

“...kaya tuh kendalanya tidak punya biaya untuk membawahnya berobat” (Informan 14)

b. Jarak pelayanan kesehatan

Rumah sakit jiwa yang letaknya di ibukota provinsi membuat informan merasa kesulitan untuk membawah klien berobat karena jaraknya yang jauh dan harus menyiapkan uang yang banyak. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...pe jao le kwa tu RSJ mo pigi akang, kong musti sadia doi banyak le”

“...jauh juga menjangkau RSJ dan harus siapkan dana yang banyak” (Informan 3)

“...nyanda ada doi mo bawah ke rumah sakit jiwa, pe jaoh le..(sambil tersenyum)”

“...tidak ada uang untuk membawah ke rumah sakit jiwa, jauh juga..(sambil tersenyum)” (Informan 4)

“...nda ada doi mo kong pe jaoh le depe RSJ besar le itu depe biaya”

“...tidak usah, tidak punya uang juga jauhkan RSJ nya, besar jugakan biayanya” (Informan 9)

“...wah, biaya nda ada mo pi RSJ pe jaoh”

“...wah, biaya gak punya untuk ke RSJ yang jauh,” (Informan 15)

c. Tidak memiliki kartu kesehatan

Informan mengatakan biaya rumah sakit sangat mahal apalagi harus dirawat inap di RSJ. Informan tidak mempunyai tabungan untuk

memenuhi kebutuhan pengobatan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bagaimana kalo mo rawat inap di RSJ pasti mahal to, sedangkan X nda ada kartu BPJS musti mo ada doi simpan”

“...gimana kalau rawat inap di RSJ pasti mahal kan, sedangkan X tidak ada kartu BPJS, harus ada uang simpanan” (Informan 6)

d. Meminjam uang

Informan berupaya untuk dapat menangani masalah kesehatan klien dengan membawanya ke RSJ walaupun mendapatkan uang lewat pinjaman karena harga tiket yang mahal dan biaya pengobatan selama di RSJ. Informan berusaha untuk mendapatkan dana pinjaman meskipun dalam kondisi ekonomi yang sulit. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...biaya tiket kapal pulang pergi kita kurang ada pinjam pa tetangga, semua biaya torang tanggung sendiri”

“...biaya transportasi tiket kapal pulang pergi saja saya harus pinjam ke tetangga, segala biaya kami tanggung sendiri” (Informan 7)

e. Putus obat karena biaya

Awalnya pengambilan obat rutin dilakukan setiap bulan yang dibiayai sendiri oleh informan, tetapi setelah lima bulan kemudian klien mengalami putus obat akibat kehabisan dana. Setiap bulannya informan harus

menyiapkan uang tiket kapal dan biaya obat. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita so nda ada doi mo pigi ambe tu obat, kan mo ke Manado musti beli tiket deng mo tebus obat”

“...saya tidak punya uang buat beli obat, kan ke Manado harus beli tiket belum lagi tebus obatnya” (Informan 8)

f. Tarif dokter mahal

Biaya pemeriksaan dokter pada yang mahal menjadi kendala dalam pengobatan. Merasa kebutuhan hidup sehari-hari jauh lebih penting, dibandingkan melakukan pengobatan maka informan berpikir lagi untuk membawahi klien ke dokter karena biaya pemeriksaan dan pengambilan obat yang mahal. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kan masih ada kebutuhan laeng yang lebih penting, kong tu doi obat deng pemeriksaan dokter pe mahal. Makanya nda dapa pigi ulang ke dokter”

“...kan masih ada kebutuhan lain yang jauh lebih penting, dibandingkan biaya obat dan pemeriksaan dokter yang mahal. Makanya gak sempat pergi lagi ke dokter” (Informan 10)

“...tu lalu so pernah pigi mar depe biaya dokter jiwa mar pe mahal kwa, itu noh yang bekeng nda pigi”

“...dulu pernah ke dokter jiwa tapi mahal, karena itu sampai kita gak pergi berobat lagi” (Informan 12)

Tema 2: Gejala gangguan jiwa

Keluarga memperhatikan perubahan perilaku yang tidak biasanya dari klien dan tampak saat klien marah-marah sampai merusak barang, bicara sendiri, suka jalan tanpa tujuan, tertawa sendiri, kurangnya perawatan diri dan mengurung diri didalam kamar.

1. Mengurung diri

Informan mengungkapkan klien mulai mengurung diri di kamar dan tidak mau lagi berkomunikasi dengan orang lain termasuk keluarga yang tinggal serumah. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...X mulai menyendiri pa depe kamar, nimau mo di pangge bacerita”

“....X mulai mengurung diri di dalam kamar dan tidak mau di ajak ngomong” (Informan 5)

Informan mengatakan sebelum mengalami gangguan jiwa, klien sering melakukan aktivitas setiap hari seperti mencuci pakaian, membersihkan halaman rumah dan suka berinteraksi dengan orang lain. Tetapi setelah mengalami perubahan perilaku klien lebih suka mengurung diri di dalam kamar dan tidak pernah melakukan aktivitas setiap hari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...malas mo bekeng sesuatu, cuma suka bakurung di kamar terus kong ba kunci pintu”

“...maunya hanya mengurung diri di kamar, terus mengunci pintu” (Informan 6)

Informan mengungkapkan perilaku lain yang nampak pada klien yaitu mengurung diri di kamar sambil menangis tanpa sebab dan itu dilakukan setiap hari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...X ba kurung kong manangis dikamar, begitu setiap hari”

***“...X mengurung diri dan menangis dikamar, begitu setiap hari”
(Informan 7:2)***

Mengurung diri, diam tanpa kata, diajak ngomong tidak ada respon seperti orang idiot nampak pada perilaku klien setiap hari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...depe suka mo bakurung terus didalam kamar sama deng orang longong”

“...maunya mengurung diri terus didalam kamar seperti orang idiot” (Informan 12)

2. Marah-marah

Perubahan perilaku pada klien tanpa sebab sehingga keluarga yang menjadi sasaran kemarahan klien melalui ucapan. Tindakan memukul, mengancam dan membuang barang yang ada di dalam rumah sering dilakukan saat kambuh.

a. Melempar barang

Informan mengungkapkan perilaku klien saat marah sangat merugikan, setiap kali kambuh pasti melempar barang yang ada didalam rumah. Ditegurpun tidak pernah diindahkan. Informan harus menyimpan barang

pecah karena untuk mencegah terjadinya kerusakan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...marah-marah nda jelas sampe mo lempar barang yang ada di dalam rumah”

“...marah-marah gak jelas sampai melempar barang yang ada di dalam rumah” (Informan 1)

“...marah-marah sampe mo buang tu semua barang yang ada pa depe kamar”

“...marah- marah sampai membuang semua barang di kamarnya, memecahkan piring” (Informan 13)

b. Pikiran negatif

Informan mengungkapkan durasi marah klien dari pagi sampai malam karena penyebab kemarahan tersebut adalah dari informan. Klien tidak suka tinggal bersama dengan informan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...pasti mo marah dari pagi sampe malam, karena depe kira wanita yang X suka kita mo ambe”

“...pasti marah dari pagi sampai malam, karena merasa wanita yang X suka dimbil oleh saya” (Informan 2)

“...kage marah terus satu hari, kong ba pikir jaha pa torang”

“...tiba-tiba marah terus sepanjang hari dan sering berpikir negatif ke kita” (Informan 4)

“...nintau kyapa X marah-marah kong mo salahkan orang laeng”

“...tidak tau kenapa X marah-marah dan menyalahkan orang lain” (Informan 9)

“...akhirnya marah-marah setiap hari torang kata mo racun”

“...akhirnya marah-marah setiap hari ke kita katanya mau meracuninya” (Informan 11)

c. Kasar dan ingin memukul

Informan mengungkapkan saat klien marah tanpa sebab maka klien akan memukul jika ada yang ingin ditanyakan oleh informan maupun anggota keluarga yang dan selalu menggunakan kalimat yang kasar. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...so mo ba marah di nyanda kong kalo mo di tanya pasti mo jawab deng kasar”

“...mulai marah-marah tanpa sebab dan saat di tanya pasti jawabannya kasar dan pingin memukul” (Informan 3)

“...depe marah-marah berlanjut setiap hari ”

“...marah kong pukul depe maitua”

“...marah-marahnya itu berlanjut bahkan setiap hari” (Informan 10)

“...marah dan memukul istrinya” (Informan 10:2)

d. Membuang pakaian

Informan mengungkapkan saat klien marah, pakaian yang sudah di atur rapih di dalam lemari pasti di buang oleh klien ke halaman rumah. Hal ini disebabkan karena keinginan klien tidak dipenuhi oleh informan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...huaaaa, kalo ada yang X suka kong nda di kase, mo marah-marah sampe tu pakeang yang ada didalam lemari di bongkar kong buang di luar rumah”

“...huaaaa, kalau ada yang X suka dan tidak dipenuhi, pasti marah-marah sampai semua pakaian yang ada didalam lemari di bongkar dan di buang ke luar rumah” (Informan 5)

e. Ingin bunuh diri

Di ungkapkan oleh informan saat kambuh dan marah tanpa henti klien mengungkapkan bahwa dirinya tidak berguna dan ingin mengakhiri hidup dengan cara bunuh diri. Senjata tajam seperti pisau menjadi sasaran klien saat marah. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“....langsung mo marah-marah sampe mo ambe piso di dapur kong ba ancam mo bunuh diri”

“....langsung marah-marah sampai ngambil pisau didapur dan mengancam ingin bunuh diri ” (Informan 6)

f. Mencaci maki

Informan mengungkapkan klien sering marah-marah dan mencaci maki saat perutnya sedang kosong. Makanan kesukaan yang tidak bisa di penuhi setiap hari juga menjadi penyebab kemarahan klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...marah kong momake pa kita, kalo depe puru nda ada isi deng kalo suka makan sesuatu kong nda ada di meja makan”

***“....marah dan mencaci maki saya, kalau perutnya lagi kosong dan jika suka makan sesuatu lalu tidak ada diatas meja makan”
(Informan 7:3)***

“... marah-marah, mo memake kalo ada yang nda di kase”

***“...marah-marah, mencaci maki kalau ada yang tidak dipenuhi”
(Informan 14)***

g. Teriak

Informan mengungkapkan saat sedang marah klien suka teriak dengan suara yang kuat dan saat kambuh klien tidak suka melihat orang yang lewat depan rumah, sering di ajak berkelahi meskipun orang tersebut tidak mempunyai salah apapun padanya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“..marah-marah kong ba taria, kalo ada orang yang lewat depan rumah X mo pangge bakalae”

“...marah-marah sambil teriak kalau orang yang lewat depan rumah di ajak berkelahi” (Informan 8)

h. Mencari masalah

Informan mengungkapkan sering khawatir saat klien berada disekolah karena jika kambuh klien suka marah dan mencari masalah dengan gurunya. Saat di tegur klien tidak menerima lalu membuang buku ke

lantai. Informan mendapat surat panggilan dari sekolah karena perilaku klien yang suka marah-marah dan membuat keributan yang dapat mengganggu proses belajar. Berikut pernyataan informan di bawah ini:

“...disekolah marah-marah sama guru kong da buang semua tu buku di lante kong bakalae deng guru. Pasti setiap minggu kita dapa surat pabggilan”

“...di sekolah marah-marah sama guru dan membuang semua buku ke lantai dan berkelahi dengan guru. Pasti setiap minggu saya dapat surat panggilan” (Informan 12)

3. Bicara sendiri

Perubahan perilaku pada klien seperti bicara sendiri tanpa orang lain atau lawan bicara, membuat keluarga merasa ada yang aneh dengan klien sikap klien.

a. Dengan ekspresi tubuh

Perilaku klien saat bicara sendiri ditunjukkan dengan gerakan tangan, klien asyik menjelaskan sesuatu seperti ada lawan bicara yang sedang berhadapan. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...lagi asyik bacerita deng orang nda depe wujud kong bacerita pake gerakan tangan ”

“...lagi asyik ngobrol dengan orang yang tak berwujud dan ngomong menggunakan gerakan tangan” (Informan 1)

Informan mengungkapkan klien paling sering kambuh di dalam kamar dan di ruang tamu. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...suka bacerita sendiri mo dikamar...hehehehehehehe”

“...suka ngomong sendiri entah itu dikamar..hehehehehehehehe”(Informan 2)

“...ternyata X noh yang sementara asyik bicara sendiri di ruang tamu”

“..ternyata X yang sedang asyik bicara sendiri di ruang tamu, (Informan 3)

“...kalo so dikamar paling suka mo bacerita sendiri”

“...kalau dikamar paling suka bicara sendiri” (Informan 13)

b. Tanpa suara

Saat sedang ngomong sendiri, tampak mulut klien komat kamit tanpa suara dan itu sering terjadi saat sedang duduk termenung seperti mengingat sesuatu. Ekspresi wajah seperti sedang kesal pada orang lain. Dinyatakan oleh informan dibawah ini:

“...aneh depe perilaku ja bacerita sendiri mar nda depe suara, apalagi kalo inga masa lalu”

“...aneh perilakunya suka bicara sendiri tapi tidak ada suaranya apalgi kalau mengingat masa lalunya” (Informan 4)

Informan mengungkapkan saat berada dikamar klien suka komat kamit sendiri tanpa suara seperti sedang ngomong dengan orang yang ada disampingnya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bacerita sendiri dikamar, sampe pulang rumah le ja komat kamit bagitu depe mulu”

“...bicara sendiri dikamar, sampai pulang rumahpun suka komat kamit gitu mulutnya” (Informan 15)

c. Peran

Informan mengungkapkan perilaku klien saat sedang bicara sendiri seperti orang yang sudah mempunyai suami dan anak, padahal belum pernah menikah dan mempunyai anak. klien sering menegur anaknya untuk mendengarkan apa yang dilarang sebagai orang tua. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bacerita sendiri sama deng orang so berkeluarga, X ja bilang musti dengar ne dek pa mama supaya jadi anak pintar...hehehehe”

“...bicara sendiri kaya orang sudah berkeluarga, X sering mengatakan harus dengar ya dek sama mama biar jadi anak yang pintar..hehehehe ” (Informan 5)

d. Bicara sendiri terlalu lama

Informan mengungkapkan saat klien bicara sendiri dan lagi asyik ngomng tidak akan berhenti meskipun sudah ditegur untuk berhenti. Berpindah ke tempat lain dan melanjutkan percakapan tanpa lawan bicara sudah menjadi kebiasaan klien setiap hari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“..ja bicara sendiri deng jam-jam nda kenal waktu...pokoknya kalo so bacerita lama skali kong kalo di suru badiam X mo pindah di tanpa laeng kong lanjut bacerita ulang begitu setiap hari”

“...bicara sendiri berjam-jam tidak mengenal waktu...pokoknya kalau udah ngomong lama banget, jika disuruh diam X pindah ditempat lain dan melanjutkan ceritanya, begitu setiap hari” (Informan 9)

e. Putus obat

Perilaku klien saat kambuh di ungkapkan oleh informan saat putus obat. Jika obat diminum secara rutin klien lebih banyak tidur dan bisa diajak ngomong. Tetapi saat obat habis perilaku yang paling sering nampak yaitu bicara sendiri. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“..putus obat kambuh ulang bicara sendiri”

“...putus obat kambuh lagi bicara sendiri” (Informan 10:2)

f. Bicara dengan air

Informan mengungkapkan klien paling senang berinteraksi dengan air, baik itu didalam kamar mandi atau sedang mencuci tangan dan kaki. Air di pasang dan dibiarkan mengalir lalu klien mulai bicara mengungkapkan isi hatinya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kong so ja bicara deng aer tentang depe isi hati, aneh toh”

“...ngomong dengan air tentang isi hatinya, kan aneh” (Informan 11)

g. Dengan kaca

Informan nengungkapkan klien paling senang bicara didepan kaca, saat melihat wajahnya didepan kaca klien sangat senang seperti ada yang mengajak berbicara. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...mo bacerita sendiri apalagi kalo sementara ba kaca, sama deng ada orang ja pangge bacerita”

“...ngomong sendiri apalagi kalau sedang bercermin, seakan ada orang lagi ngajak ngobrol” (Informan 14)

4. Keluyuran

Perubahan perilaku yang lain nampak pada klien yaitu suka keluyuran, berjalan tanpa tujuan dan membuat ulah di lingkungan sekitar adalah perilaku yang sering dilakukan klien.

a. Keliling kampung

Informan mengungkapkan klien suka berjalan kaki mengelilingi kampung tanpa tujuan. Dan itu dilakukan tanpa rasa lelah sedikitpun. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...X dang suka skali mo bajalan keliling kampung nda depe tujuan”

“...X tuh suka banget jalan keliling kampung tanpa tujuan” (Informan 1)

“...keliling kampung nda depe tujuan, sore so bale ke rumah”

“...keliling kampung tidak ada tujuannya, sore balik lagi ke rumah” (Informan 2)

“...X lebih suka jalan-jalan tanpa tujuan”

X lebih suka jalan-jalan tanpa tujuan” (Informan 5)

d. Membuat masalah

Informan mengatakan klien keluyuran di jalan sambil membuat masalah dengan lingkungan sekitar seperti masuk didalam rumah, mencuri pakaian, mengambil kue di warung orang dan melempar batu jika ada yang hendak menyuruh klien pulang. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bajalan kong bekeng masalah di kampung, mo ambe orang pe baju deng kukis diwarong kong ja lempar deng batu kalo ada orang suru pulang rumah”

“...jalan-jalan dan buat masalah dikampung, mengambil pakian, mencuri kue di warung orang dan melempar batu saat di sruh pulang ke rumah” (Informan 8)

“...suka ba jalan kong sering bekeng resah lingkungan”

“...suka jalan-jalan dan sering bikin resah lingkungan” (Informan 9)

e. Tidur dipinggiran jalan

Informan mengungkapkan klien berada dirumah saat makan saja, selebihnya jalan-jalan tanpa tujuan sampai tidurpun di jalan, baik dalam keadaan hujan maupun panas, selama klien merasa senang jalan-jalan tidak ada yang bisa melarangnya ataupun mengajak pulang. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“... mulai ba jalan nda depe tujuan dan tidor di pinggir jalan, biar ujang panas selama X suka ba jalan nda ada orang yang mo didengar”

“...mulai jalan-jalan tanpa tujuan, tidur di jalan, walaupun hihan pasan selama X senang jalan yahh tidak ada yang bisa melarangnya” (Informan 10:2)

f. Tidak betah

Sebelum sakit klien tidak pernah keluyuran di jalan, informan mengungkapkan aktivitas yang dilakukan klien paling banyak di jalan dan kembali ke rumah pada sore hingga malam hari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kalo mo ba jalan-jalan nanti mo pulang so sore bahkan malam”

“..kalau mau jalan-jalan pulangnyanya nanti sore bahkan malam” (Informan 12)

“...abis itu ba jalan-jalan kong nda suka talalu lama di rumah”

“...setelah itu jalan- jalan dan tidak suka terlalu lama di rumah” (Informan 13)

5. Tertawa sendiri

a. Tanpa sebab

Perubahan perilaku pada klien yang lain yaitu tertawan sendiri, meskipun menurut keluarga tidak ada hal yang lucu. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“..tetawa sandiri biar nda ada yang lucu....(sambil menggelengkan kepala saat mengingat kejadian itu”

“...ketawa sendiri walaupun gak ada yang lucu..(sambil menggelengkan kepala saat mengingat kejadian itu)” (Informan 1)

“...nda ada hal yang lucu suka mo tetawa”

“...tidak ada hal yang lucupun suka tertawa” (Informan 14)

b. Sambil bernyanyi

Informan mengungkapkan saat berada dikamar dan sedang bernyanyi dengan kalimat yang berantakan, klien tertawa dengan suara yang kuat dan mengganggu kenyamanan lingkungan sekitar. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kong ja tetawa sendiri pe kuat skali abis itu menyanyi deng kalimat yang berantakan, nda enak pa tetangga”

“...tertawa sendiri dengan suara yang kuat setelah itu menyanyi dengan kalimat yang berantakan, kan ga enak sama tetangga” (Informan 2)

“...kage so tetawa sandiri depe suara pe nyaring skali”

“...tiba-tiba tertawa sendiri dengan suara yang nyaring” (Informan 4)

“...so senyum sandiri sampe tatawa deng suara yang kuat”

“...udah senyum sendiri sampai tertawa dengan suara yang keras” (Informan 7:2)

6. Kurangnya perawatan diri

Salah satu dampak dari perubahan perilaku klien yaitu kurangnya kebersihan diri yang dialami sejak sakit seperti jarang mandi, tidak mengganti pakaian dan menyisir rambut.

a. Jarang mandi

Informan mengungkapkan sejak mengalami perubahan perilaku, klien sulit untuk di suruh mandi, pakaian di badan sampai tiga hari tidak diganti.

Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...sejak saki X so malas mo mandi, tiga hari satu kali madi itu le nanti ja paksa”

“...sejak sakit X jadi malas mandi, tiga hari sekali mandi itupun nanti di paksa” (Informan 1)

“...sampe ja lupa mandi nda ja ba ganti baju, kalo mo bacerita bau skali depe mulut”

“..sampai lupa mandi, bajunya tidak diganti, kalau ngomong sangat bau mulutnya”(Informan 2)

Informan mengungkapkan klien tidak pernah mendi dan buang air kecil di dalam kamar. Dipaksapun tidak mau membersihkan dirinya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...biar le mo paksa nimau mo mandi, kencing di dalam kamar...ckckckckck”

“...biarpun dipaksa X tidak mau mandi, kencing dalam kamar..ckckckckck” (Informan 3)

“...mo mandi le so bukan kadang mar so nda pernah le”

“...mau mandipun bukan jarang tapi tidak mau lagi” (Informan 5)

“...yaahh depe baju sampe tiga hari ndi badan (menggaruk kepala)”

***“...yah baju dibadan itu sampai tiga hari (menggaruk kepala)”
(Informan 6)***

b. Bau pesing

Dengan perubahan perilaku yang terjadi, klien seperti tidak bisa membedakan kamar mandi dan ruang tamu. Paling senang duduk di ruang tamu sampai buang air kecilpun ditempat yang sama saat sedang duduk membuat informan merasa tidak nyaman dengan bau pesing yang tercium sampai diluar rumah. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“....mo duduk ruang tamu, buang air kecil le ditampa itu, dari luar so taciom depe bobou pesing”

“....mau duduk ruang tamu, buang air kecil juga ditempat itu, dari luar sudah tercium bau pesingnya” (Informan 7:3)

c. Takut air

Perasaan takut dengan air menjadi alasan klien untuk tidak mandi. sehingga informan harus berusaha sendiri memandikan klien dengan keadaan di pasung agar tidak lari. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...so jadi caparuni, skarang le masih bagitu jo tako aer kong nimau mandi, mar kita pasung kong ja siram kase mandi ”

***“...sangat jorok, sekarangpun seperti itu takut dengan air dan tidak mau mandi tapi saya pasung dan memamndikannya”
(Informan 9)***

“...terkadang dua hari satu kali mo mandi deng ganti baju”

“...kadang dua hari sekali mandi dan ganti baju” (Informan 14)

Tema 3 : Beban Psikologi

Beban psikologi yang dialami keluarga merupakan emosi selama merawat klien dengan gangguan jiwa, takut dengan perilakunya, jenuh selama merawat dan kecewa dengan perubahan kesehatan klien.

1. Takut dengan perilakunya

Keluarga merasa takut dengan perilaku klien saat kambuh apalagi bisa melukai diri sendiri dan orang lain. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...kita dang ja tako no jang sampe X bekeng masalah di kampung”

*“...saya tuh takut jangan sampai X buat masalah dikampung”
(Informan 1)*

“...depe kaka deng ade ja ketakutan kalo X sementara mangamu”

*“..kakak dan adiknya sering ketakutan kalau X lagi ngamuk”
(Informan 12)*

Informan mengungkapkan pertama kali melihat perubahan kesehatan klien yang ditandai dengan kejang-kejang sambil mengepalkan tangannya sehingga perasaan takut yang dirasakan oleh informan pada saat itu. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita ketakutan da lia pa X kejang-kejang kong depe tangan X palungku”

“...saya sempat ketakutan melihat X kejang dan mengepal kedua tangannya dengan kuat” (Informan 4)

Informan mengungkapkan saat kambuh klien lebih suka menggunakan senjata tajam, membuat informan ketakutan karena dapat melukai diri sendiri dan orang lain tanpa disadari oleh klien akan hal itu. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita ja tako kalo dapa depe kambuh X suka ja ambe barang tajam”

“...saya tuh takut kalau lagi kambuh X suka ambil senjata tajam” (Informan 5)

“...kita ja ketakutan kalo X kambuh, semua barang tajam kita so kunci dalam lemari”

“...saya ketakutan kalau X lagi kambuh, semua benda tajam saya kunci dalam lemari” (Informan 7:2)

“...bekeng tako kalo lagi kambuh, piso didapur depe sasaran paling utama untuk menyerang”

“...menakutkan kalau lagi kambuh, pisau di dapur sasaran utamanya untuk menyerang” (Informan 14)

Informan mengungkapkan jika tidak minum obat saat kambuh berbagai hal yang ada dipikirkannya sehingga bisa menimbulkan masalah dengan lingkungan sekitar dengan memukul seorang anak tanpa salah yang sedang berjalan dihadapannya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita ja tako jang sampe depe pikiran jaha yang mo kuasai, dulu pernah da piukul anak kecil nda da salah padahal tu anak cuma ada lewat”

“...saya takut jangan sampai pikiran jelek yang menguasainya, dulu pernah memukul anak kecil tanpa salah padahal anak itu hanya lewat saja” (Informan 6)

“...kalo ada yang datang ba lapor tentang X kita selalu ja tako ada yang jadi korban karna depe ulah...hehehehehe

“...kalau ada yang datang melapor tentang X saya sering takut ada yang jadi korban karena ulahnya..hehehehehe” (Informan 8)

Informan mengungkapkan tidak peduli siapa yang ada disampingnya, klien langsung memukul orang tersebut karena tidak mau diatur. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita le ja rasa tako deng depe perilaku itu ja ba pukul”

“...saya pun takut dengan perilakunya yang suka memukul” (Informan 9)

Informasi yang salah dari ibu kandung membuat klien tidak mau mengkonsumsi obat setiap hari. Sehingga perilaku yang tadinya sudah menjadi lebih baik, kembali datang membuat informan merasa takut menghadapi sikap klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita toh jadi tako le deng depe perilaku itu, semua karna depe mama kandung yang sok tau noh, akhirnya ni anak jadi parah ulang”

“...saya kan jadi takut juga dengan perilakunya itu, semua karena mama kandungnya yang sok tau, akhirnya anak ini jadi parah lagi” (Informan 11)

2. Jenuh selama merawat

Merawat klien dengan gangguan jiwa dengan waktu yang lama di butuhkan kesabaran yang panjang juga, akan tetapi emosi yang berubah-ubah dirasakan oleh informan selama merawat. Informan mengungkapkan kadang jenuh saat klien kambuh dan tidak bisa di atur. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...orang gangguan jiwa dang bekeng lelah, mo ator yang bagus buat depe kebaikan eh, malah nimau mo dengar”

***“...orang gangguan jiwa tuh bikin jenuh sebenarnya, di atur yang baik buat kebajikannya eh, malah tidak didengarkan”
(Informan 2)***

“...karna so lelah deng depe perilaku itu”

“...karena terlalu jenuh dengan perilakunya itu” (Informan 7)

Informan mengungkapkan selama merawat klien banyak hal yang harus diperhatikan, termaksud kebersihan saat klien buang air. Perilaku yang dilakukan klien setiap hari membuat informan merasa jenuh, walaupun dipasung tetapi klien masih membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan dan kebersihan diri. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kadang so lelah skali kalo X lagi buang air besar deng kecil di kurungan itu, kita yang ja sebersih”

“...kadang sangat jenuh banget apalagi kalau buang air besar dan air kecil di kurungannya, saya yang bersihkan” (Informan 8)

Informan mengungkapkan tidaklah mudah merawat orang yang mengalami gangguan jiwa. Bertahun-tahun merawat klien dengan keadaan yang sama serta tidak ada perubahan dengan penyakit yang dialami membuat kesabaran semakin diuji, terutama saat kambuh. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...lalah dang nda mo bae-bae depe penyaki ini, so deng tahun tetap babagitu jo”

“...jenuh juga karena tidak sembuh penyakitnya ini, udah bertahun-tahun tetap seperti ini” (Informan 9)

“...kadang dang lalah no deng depe perilaku memang mo uji kesabaran”

“....terkadang tuh jenuh juga dengan perilakunya benar-benar menguji kesabaran” (Informan 10)

“...lama-lama bekeng lelah nda depe perubahan setiap hari”

“...lama-kelamaan jenuh tidak ada perubahan setiap hari” (Informan 14)

3. Kesal dengan perilaku klien

Perilaku yang dilakukan oleh klien yang mengalami gangguan jiwa saat kambuh membuat keluarga kesal karena banyak hal yang dilakukan oleh klien yang dapat merugikan orang lain dan lingkungan sekitar.

a. Membuat masalah

Informan mengungkapkan perilaku yang dilakukan klien membuat kesal banyak orang termaksud informan. Saat kambuh klien sering membuat

masalah dengan anggota keluarga yang lain tanpa penyebab yang jelas.

Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...pestiu kalo so mulai kambuh, sering bekeng masalah deng orang rumah”

“...kesal tuh kalau udah mulai kambuh, sering buat masalah dengan orang rumah” (Informan 1)

b. Melempar barang

Informan mengungkapkan kesal dengan perilaku klien saat ngamuk karena sering teriak sambil melempar barang yang ada didalam rumah dan dapat melukai orang sekitar karena yang sering di lempar adalah barang pecah. Setiap kali klien kambuh hal yang paling sering dilakukan oleh informan adalah mengamankan barang yang dapat dijangkau oleh klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bekeng pestiu kalo mo bataria kong balempar barang...kita ja amankan noh tu barang yang ada didekat pa X (Menggeleng kepala)”

“...jengkel kalau teriak dan melempar barang...saya amankan barang yang ada didekatnya (Menggeleng kepala)” (Informan 5)

“...so pestiu deng depe perilaku itu setiap hari ja kambuh kong bataria nda enak pa tetangga”

“...menjengkelkan perilakunya itu setiap harikan kambuh sampai teriak, gak enak sama tetangga” (Informan 7)

Perasaan yang sama diungkapkan oleh informan bahwa perilaku klien sangat memalukan dan mengganggu kenyamanan lingkungan sekitar, disaat semua

orang sudah tidur dengan santainya klien memutar musik dengan suara yang keras. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...pestiu no deng depe perilaku kurang bekeng malo jo, ja putar lagu pe kuat disaat orang-orang so tidor”

“...kesal banget dengan perilakunya itu, bikin malu saja, memutar musik sekencang-kencangnya” (Informan 12)

Perasaan jengkel karena perilaku klien yang selalu menyusahkan informan saat meminta bantuan kepada klien. Klien menjawab dengan mencaci maki serta menendang kursih. Dan hal ini sudah menjadi kebiasaan klien saat kambuh ataupun tidak. Tanpa diminta bantuanpun klien sering mencaci maki informan dengan suara yang kuat. berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...bagaimana nda mo pastiu kalo kita mo minta tolong sesuatu pasti mo skop kursih kong memake deng suara kuat”

“...gimana gak kesal kalau saya minta tolong sesuatu pasti menendang kursih dan mencaci maki dengan suara yang kuat” (Informan 14)

4. Keluarga mengalami kesulitan untuk mengatur klien

Kesulitan saat merawat klien dengan gangguan jiwa dirasakan setiap hari oleh informan karena tidak bisa di atur untuk hal yang baik. Sejak mengalami gangguan jiwa apapun yang tegur untuk kebaikan klien tidak pernah didengar dan dijadikan masalah oleh klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kalo mo di bilang nda mo dengar, sulit mo ator pa X sejak saki bagini”

“...kalau di tegur gak mau dengar, sulit di atur sejak sakit kaya gini” (Informan 1)

“...nimbole mo di ator, cuma mo tegor sadiki sama deng mo cari masalah deng X”

“...sangat sulit di atur, ditegur sedikit saja seperti cari masalah dengannya” (Informan 5)

“...nimau pake baju bersih depe baju so kotor, kan so kotor itu pake ulang, astaga anak ini, pe susah mo ator”

“...tidak mau pakai pakaian yang bersih maunya pakaian yang sudah kotor itu dipakai lagi..astaga anak ini, susah di atur” (Informan 9)

“...susah mo ator pa X, bahkan mo melawan kalo mo tegor”

“...susah mengaturnya, bahkan melawan kalau di tegur” (Informan 12)

Tema 4 : Persepsi Keluarga Tentang Penyakit Klien

Kurangnya pemahaman tentang gangguan jiwa menyebabkan keluarga mempunyai pendapat tersendiri terhadap penyakit yang di alami klien yaitu akibat malaria tropika, stres terhadap masalah pribadi, diguna-guna dan ilmu hitam.

1. Persepsi Positif

a. Akibat Malaria Tropika

Informan mengungkapkan gangguan jiwa yang dialami klien penyebabnya adalah setelah menderita penyakit malaria yang di percayai akan berdampak pada gangguan di otak sehingga orang yang pernah mengalami penyakit malaria akan hilang sebagian memorinya. Beberapa informan mengungkapkan malaria tropika berbeda dengan malaria yang biasa tidak akan membuat orang mengalami gangguan jiwa, jika sudah terdiagnosa

malaria tropika pasti berefek pada gangguan jiwa. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...mungkin X jadi bagini karna pernah dapa malaria tiga”

“...mungkin aja X seperti ini karena pernah dapat penyakit malaria tropika” (Informan 5)

“...karna dapa saki malaria tiga sto, karna kalo malaria biasa nda bagini X”

“...karena sakit malaria tropika, karena kalau malaria biasa aja tidak seperti ini perilakunya” (Informan 7)

“...X bagini mungkin karna pernah malaria tiga kong nda bae sampe tuntas”

“...X seperti ini mungkin karena pernah malaria tropika dan tidak berobat sampai tuntas” (Informan 15)

b. Faktor Keturunan

Mempunyai anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, merupakan faktor pencetus seseorang juga bisa mengalami gangguan jiwa. Informan mengungkapkan bahwa gangguan jiwa yang di alami oleh anaknya di sebabkan karena gen yang diturunkan oleh nenek klien yang dahulu juga mengalami gangguan jiwa. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...mungkin faktor keturunan makanya X dapa gangguan jiwa”

***“...mungkin faktor keturunan makanya X gangguan jiwa”
(Informan 11)***

2. Persepsi Negatif

a . Masalah Pribadi

Setiap orang memiliki masalah masing-masing tergantung bagaimana bisa menyikapi masalah tersebut dengan pikiran yang jernih. Informan mengatakan perubahan perilaku seseorang disebabkan karena masalah pribadi yang terlalu berat menyebabkan stres yang berkepanjangan sehingga mengalami gangguan jiwa.

Informan mengungkapkan keadaan klien mengalami gangguan jiwa disebabkan masalah pekerjaan yang tidak bisa dihadapinya. Sehingga mengalami stres yang berat dalam jangka waktu yang lama. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...sama deng stres deng depe kerja makanya jadi bagini”

***“...seperti stres dengan pekerjaannya makanya jadi begini”
b(Informan 1)***

Pendapat yang lain dari informan 2 bahwa klien mengalami gangguan jiwa disebabkan terlalu berat memikirkan masalah cintanya. Pertama kali mengenal wanita disertai perasaan suka dan tidak ada respon balik dari wanita tersebut membuat klien stres dan tidak bisa menerima kenyataan yang ada. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kalo menurut kita stres ba pikir tu perempuan kong ta trus noh jadi gangguan jiwa”

“...menurut saya stres mikirin wanita itu dan keterusan sampai gangguan jiwa” (Informan 2)

Informan mengungkapkan pendapatnya tentang penyakit yang dialami klien disebabkan kehilangan orang tua yang sangat dikasihinya. Belum bisa menerima kenyataan ayahnya telah di panggil Tuhan, dua minggu setelah kepergian ayahnya perilaku klien mulai berubah sampai menjadi depresi dan tidak bisa dikendalikan lagi. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...stres le saat lihat depe papa meninggal X sangat dekat dan sayang pa depe papa, kong akhirnya depresi skali”

“...stres lagi saat lihat papanya meninggal X sangat dekat dan sayang sama papanya, dan akhirnya depresi berat” (Informan 6)

Informan mengungkapkan klien tidak bisa melupakan orang tua yang sangat di kasihi dan paling mengasihinya, kehilangan seorang ibu sangat berat dirasakan oleh klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...stres waktu mama meninggal X rasa kehilangan kong ja bacerita sama deng mama masih ada”

“...setres ingat mama yang sudah meninggal dan sering ngomong seperti mama masih hidup” (Informan 8)

Informan mengungkapkan klien mengalami gangguan jiwa karena ditinggal pergi sama suaminya dan semua yang di inginkan tidak dipenuhi. Pernyataan informan dibawah ini:

“...kecewa deng depe suami ada yang X suka mar nda di kase”

“...kecewa dengan suaminya ada yang diinginkan tapi tidak dipenuhi” (Informan 9)

Pendapat yang lain dari informan bahwa klien mengalami gangguan jiwa karena tidak lulus saat masuk polisi dan tentara. Keinginan dan harapan yang besar untuk bisa lulus tes seleksi tidak dapat di capai oleh klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...ya X bagitu stres kwa karna dua kali nda lulus dang ada iko tes tentara deng polisi”

“...ya X seperti itu karena stres dua kali gak lulus masuk tentara dan polisi” (Informan 10)

b . Di guna-guna

Informan mempercayai klien mengalami gangguan jiwa karena diguna-guna oleh orang yang tidak senang dengan klien. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...karena di guna-guna oleh orang yang tidak menyukainya”

“...karena diguna-guna sama orang yang tidak menyukainya” (Informan 3)

“...sara’e kita pe anak ini orang ada bekeng sto mungkin karna ada orang yang nda suka torang berhasil”

“...kayanya anak saya ini diguna-guna, yah mungkin aja ada yang tidak suka dengan keluarga kita yang berhasil” (Informan 13)

Anggota keluarga yang masih menggunakan mistik atau ilmu hitam dipercaya akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Informan berpendapat anaknya mengalami gangguan jiwa disebabkan dari penggunaan ilmu hitam yang di gunakan oleh ayahnya untuk berkomunikasi dengan leluhur yang sudah meninggal agar bisa mempertahankan ilmunya. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...depe papa suka pake ilmu hitam akhirnya X yang jadi tumbal dan gangguan jiwa, kan suka bacerita deng depe leluhur supaya depe ilmu tetap kuat”

“...menggunakan ilmu hitam papanya akhirnya X yang jadi tumbal dan gangguan jiwa, kan sering ngomong dengan leluhurnya yang sudah meninggal biar ilmunya tetap kuat” (Informan 14)

Tema 5 : Perilaku Mencari Pengobatan

Berbagai cara yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah gangguan perilaku yang di alami klien. Keluarga berusaha mencari pelayanan kesehatan seperti kesembuhan ke dokter praktek umum, pelayanan kesehatan jiwa dan pengobatan ke dukun putus asa dengan tindakan medis membuat keluarga mencari pengobatan tradisional yaitu ke dukun.

1. Profesional

Informan tidak memahami pengobatan yang tepat untuk klien, maka dokter praktek umumlah yang menjadi langkah pertama dalam pengobatan. Beberapa informan juga mencari dokter umum sebagai cara yang cepat untuk mendapatkan obat penenang setelah obat yang diberikan dari RSJ habis. Keluarga beranggapan semua dokter pasti mempunyai obat penenang tanpa harus ke dokter spesialis jiwa.

a. Dokter praktek umum

Informan mengungkapkan untuk mendapatkan obat harus ke RSJ dan menyiapkan biaya yang banyak. Oleh sebab itu informan mencari dokter umum yang ada di daerah untuk mendapatkan obat penenang. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...torang ke dokter praktek umum minta obat supaya X nda kambuh kalo ada obat, sama jo kwa semua dokter paling ada obat penenang”

“...kita ke dokter praktek umum minta obat biar X gak kambuh kalau punya obat, sama ajakan semua dokter pasti ada obat penenang” (Informan 2)

“...kita coba pi pa dokter umum yang dekat sapa tau ada solusi deng depe saki”

“...saya coba pergi ke dokter umum terdekat kali aja kan bisa ada solusi dengan penyakitnya” (Informan 3)

“....kita antar pi dokter umum yang praktek di Manado”

“...saya mengantar ke dokter umum yang praktek di Manado”(Informan 6)

Membawah ke dokter umum sebagai langkah awal dengan perubahan perilaku klien tetapi dokter menyarankan untuk ditindak lanjuti ke dokter spesialis jiwa. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...maitua bawah pigi dokter umum pa X kong dokter sarankan mo bawah jo di RSJ Manado”

“...istri saya membawah X ke dokter umum untuk diperiksa tapi dokter menyarankan untuk berobat lebih lanjut ke manado di rumah sakit jiwa” (Informan 7)

“...karna so bagitu jadi tu pertama torang cuma bawah pa Manado di dokter praktek umum”

“....karena udah seperti itu jadi langkah pertma yah kita bawah aja ke dokter umum” (Informan 13)

Informan memutuskan untuk membawah klien ke dokter spesialis saraf dengan pendapat bahwa perubahan perilaku yang terjadi hanya bisa diatasi oleh dokter saraf. Informan tidak mengetahui perbedaan antara dokter saraf dan dokter spesialis jiwa. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“....torang pigi praktek dokter saraf kage ada gangguan depe saraf, karna kita tau dokter saraf yang ja obat gangguan jiwa”

“...kita ke praktek dokter saraf, kali aja ada gangguan kan disarafnya, karena yang saya tau kalau gangguan jiwa dokter saraf yang bisa mengobatinya” (Informan 12)

b. Rumah sakit jiwa

Upaya keluarga untuk membawah klien di RSJ merupakan langkah yang tepat untuk mengatasi perilaku klien. Walaupun harus berkali-kali membawah ke RSJ dengan biaya yang tidak sedikit tetapi keluarga

mengambil keputusan yang tepat dengan membawah klien ke RSJ. Berikut pernyataan dari informan di bawah ini:

“...kita yang bawah pa X berobat ke RSJ di Manado”

“...saya yang membawah X berobat ke RSJ di Manado”(Informan 1)

“...sekitar tahun 2007 kita ada bawah X ke RSJ di Manado”

“...sekitar tahun 2007 saya yang membawah X ke RSJ di Manado” (Informan 2)

Informan mengungkapkan membawah klien ke rumah sakit jiwa tapi hanya rawat jalan saja karena perubahan perilaku yang nampak masih bisa dikendalikan. Pernyataan informan dibawah ini:

“...kita bawah ke RSJ di Manado mar cuma di poli jiwa karna depe perilaku masih belum dapa lia parah”

“...saya bawah ke rumah sakit di Manado tapi hanya di poli jiwa karena perilakunya belum begitu parah” (Informan 3)

“...satu bulan depe perilaku bagitu, kita deng maitua putuskan mo bawah ke Manado ba obat ulang”

“...sebulan perilakunya seperti itu, saya dan istri memutuskan membawah ke Manado untuk berobat lagi” (Informan 7:2)

Informan mengungkapkan saat bekerja klien tinggal bersama keluarga di Manado dan tanpa sebab yang pasti, perilaku klien mulai aneh sehingga keluarga membawah ke RSJ dan dirawat inap. Berikut pernyataan dibawah ini:

“...tahun 1983 pi RSJ yang bawah kita pe kaka paling tua”

“...tahun 1983 di bawah ke RSJ oleh kakak tertua” (Informan 8)

“...kita pe paitua bilang bawah jo di Rumah Sakit jiwa, kong diawat inap no selama tiga hari”

“...suami saya mengatakan, bawah saja ke Rumah Sakit Jiwa, dan dirawat inap selama tiga hari” (Informan 9)

“...tahun 2003 akhirnya bawah ulang ke manado rawat dirumah sakit jiwa”

“...tahun 2003 Akhirnya bawah lagi ke rumah sakit jiwa Manado” (Informan 10:2)

Informan berupaya membawah klien ke RSJ untuk dilakukan pemeriksaan dan diagnosa dokter bahwa klien mengalami halusinasi penglihatan. Sama dengan perilaku klien saat berada di rumah sering melihat sesuatu yang tidak bisa dilihat oleh orang lain. Pernyataan dibawah ini:

“...torang bawah jo no ke rumah sakit jiwa di Manado, dokter bilang X dapa halusinasi penglihatan. Mar memang kalo di rumah X ja bilang dapa lia sesuatu”

“...kita bawah aja ke rumah sakit jiwa di Manado, kata dokter X mengalami halusinasi penglihatan. Tapi benar saat berada di rumah X mengatakan melihat sesuatu” (Informan 11)

Informan memutuskan untuk membawah berobat di RSJ tetapi hasil pemeriksaan dokter mengatakan klien tidak mengalami gangguan jiwa. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...november 2015 torang bawah pi Manado mo priksa di RSJ, dokter bilang kata nda ada gejala gangguan jiwa”

“...november 2015 kita bawah ke Manado untuk di periksa di RSJ, kata dokter tidak ada gejala gangguan jiwa” (Informan 12)

Putus asa dengan penggunaan obat medis:

Selama menjalani pengobatan medis, keluarga sangat berharap obat yang digunakan dapat menyembuhkan dan mengembalikan perilaku klien menjadi lebih baik, tetapi tindakan yang sudah dilakukan tidak sesuai harapan keluarga. Merasa putus asa dengan penggunaan obat medis di nyatakan oleh informan dibawah ini:

“...pertama sempat putus asa deng obat yang ada di dapa dari RSJ masih sama kalo kambuh”

“...awalnya sempat putus asa dengan obat yang di dapat dari RSJ masih sama kalau lagi kambuh”(Informan 1)

“...minum obat dokter mar nda sama deng torang harapkan”

“...minum obat dokterpun juga rutin tapi tidak seperti yang kita harapkan” (Informan 10)

Kecewa dengan obat karena belum sembuh, informan berusaha mencari jalan keluar dari penyakit yang dialami klien. Informan berpendapat obat dokter pasti bisa mengatasi suatu penyakit tapi tidak dengan gangguan jiwa, kemabuhan klien tergantung pada obat yang diminum. Pernyataan informan dibawah ini:

“...putus asa noh deng usaha yang so dibekeng, tadinya bapikir kalo obat dokter boleh mo bae total mar nda jo”

“...putus asa sih dengan usaha yang sudah dilakukan, tadinya berpikir dengan obat dokter bisa sembuh total tapi tidak juga” (Informan 2)

“...kita deng paitua so putus asa deng tu obat dokter, kalo nda minum obat mo kambuh..terlalu ta gantong deng obat depe perilaku”

“...saya dan suami sudah putus asa dengan obat dokter, kalau gak minum obat pasti kambuh..terlalu ketergantungan dengan obat perilakunya” (Informan 12)

2. Non Profesional

Daerah Kepulauan masih sangat kental dengan pengobatan tradisonal dan dukun. Beberapa informan masih meyakini bahwa dukun bisa mengobati masalah gangguan jiwa. Menurut informan pergi ke dukun adalah cara cepat untuk memperoleh kesembuhan. Berikut pernyataan dibawah ini:

“...pigi dukun bukan hanya satu kali le mar so beberapa dukun yang kita ada pigi supaya X cepat bae”

“...kedukun bukan hanya sekali saja tapi ada beberapa dukun yang saya datangi biar X cepat sembuh”(Informan 1)

“...itu kwa karna mama pe mau noh sampe torang mo pi dukun”

“...itu sih karena maunya mama sampai kita ke dukun” (Informan 2)

Pencarian pengobatan tersebut dilakukan oleh informan dengan pergi ke dukun untuk mengobati klien. Selain itu informan yang lain juga melakukan hal yang sama mencari pengobatan ke dukun karena diyakini bisa melihat penyebab klien mengalami gangguan jiwa. Terbukti lewat ungkapan dukun bahwa seseorang mendapatkan gangguan jiwa dipengaruhi oleh ilmu hitam yang masuk kedalam tubuh dan roh klien. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...pernah ke dukun, tau jo toh disini yang namanya daerah kepulauan pasti masih percaya deng dukun”

“...pernah satu kali saja ke dukun, udah taukan disini yang namanya kepulauan pasti masih percaya dengan dukun (Informan 4)

“...torang pigi di kampung Tamako, tu dukun kurang mo pilih mo suka yang mana, X ilmun itam da iko makanya mulai aneh”

“...kita pergi ke kampung Tamako dukun tinggal milih mau yang mana, katanya X diikuti oleh ilmu hitam makanya perilaku X mulai aneh” (Informan 5)

“...sekitar tahun 2010 pi dukun katanya ada ilmu hitam yang ba tempel pa X pe jiwa”

“....sekitar tahun 2010 ke dukun katanya ada ilmu hitam yang menempel di jiwanya X” (Informan 7)

Pengobatan pertama yang di cari oleh informan adalah ke dukun. Selain murah, jarak rumah dan tempat tinggal informan dan dukun sangatlah dekat. Tidak perlu repot menyiapkan uang banyak ke RSJ yang jauh dan mahal. Pernyataan informan dibawah ini:

“...torang bawah no X pa dukun di lorong sebelah, cuma dekat kong muarh le”

“...kita bawah aja ke dukun yang kebetulan tinggal dilorong, hanya dekat aja juga murah” (Informan 9)

“...torang ke dukun tapi hanya sekali, dari pada ke RSJ yang jauh dan mahal lebeh bae pi dukun”

“...kita kedukun tapi hanya sekali saja, dari pada ke RSJ yang jauh dan mahal mending ke dukun” (Informan 12)

Sama halnya dengan pengobatan medis keluarga juga mengharapkan kesembuhan dengan melakukan pengobatan ke dukun akan tetapi apa yang menjadi harapan keluarga tidaklah membuahkan hasil sehingga ketidakpuasan dengan langkah penanganan di nyatakan dari informan dibawah ini:

“...dikase obat oleh dukun, kita le nintau depe ramuan apa mar depe obat nda ada yang bae”

“...dikasih obat sama dukun, saya juga tidak tau ramuannya apa tapi obatnya tidak sembuh juga..”(Informan 2)

“...satu bulan bolak bale pigi pa tiga dukun yang beda mar nda bae le, malah lebeh parah depe perilaku”

“...satu bulan bolak balik pergi ke dukun sampai tiga orang dukun yang berbeda tapi tidak sembuh juga, malah lebih parah perilakunya” (Informan 5)

“...dukun paling bagus dikampung ini torang so pigi akang mar masih tetap bagitu jo, makanya torang pasung jo supaya aman semua”

“...dukun terbaik di kampung ini sudah pernah kita datangi tapi masih aja kaya gitu, makanya kita pasung aja biar aman” (Informan 9)

Tema 6 : Dukungan Sosial

1. Dukungan Komunitas

Dukungan dari berbagai sumber-sumber sangat berpengaruh pada keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa salah satunya dukungan lingkungan sekitar.

a. Mengambilkan obat di RSJ.

Untuk mendapatkan obat penenang harus melewati lautan karena letak RSJ nya yang berada Ibukota provinsi, oleh sebab itu informan meminta bantuan keluarga besar atau kerabat untuk membantu dalam pengambilan obat dan dikirim melalui kapal laut, berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...kita pe teman yang tinggal di Manado ambe akang obat di RSJ”

“..teman dekat saya yang tinggal di sana sering di minta bantuan untuk mengambilkan obat di RSJ” (Informan 2)

“..minta tolong pa kaka ipar mo ambe akang tu obat di RSJ”

“...minta bantuan adik suami untuk mengambilkan obat dan di RSJ” (Informan 3)

b. Motivasi

Motivasi dari keluarga besar buat kesembuhan klien selalu di berikan kepada keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...maitua pe keluarga le ja kase motivasi pa torang supaya tetap semangat mo rawat”

“...keluarga dari istri juga selalu kasih motivasi kepada kami untuk tetap semangat merawatnya” (Informan 1)

Motivasi yang sama juga diberikan oleh lingkungan sekitar seperti tetangga yang selalu memberikan semangat untuk merawat klien. Diungkapkan oleh informan dibawah ini:

“...tetangga di sebelah rumah jag bilang musti kuat mo hadapi orang sama deng X”

“...tetangga di samping rumah mengatakan kalau saya tuh harus kuat dalam menghadapi orang seperti X” (Informan 7)

Petugas kesehatan yang juga adalah tetangga informan dan tau keadaan klien memberikan motivasi untuk tetap semangat dalam penggunaan obat rutin agar tidak terjadi kekambuhan. Pernyataan informan dibawah ini:

“...perawat di samping rumah ja kase motivasi untuk rajin mo minum obat”

“...perawat yang tinggal di samping rumah kita selalu memberikan motivasi biar tetap rutin minum obat supaya tidak kambuh” (Informan 10)

c. Informasi

Bantuan yang diberikan dalam bentuk informasi sangat dibutuhkan oleh keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa dan informasi itu tentang pengobatan dan pelayanan kesehatan jiwa. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...so berapa orang yang kase tau pigi ulang di rumah sakit jiwa mar belum dapa pigi ini”

“...udah beberapa orang yang ngasih tau untuk pergi lagi ke rumah sakit jiwa tapi belum sempat ke sana” (Informan 2)

“...kita pe sodara yang paling selalu ja setau noh kalo diRSJ dari pada rawat dirumah”

“...saudara saya yang paling sering kasih tau kalau dirawat di RSJ dari pada di rumah” (Informan 4)

“...kita pe keponakan le pernah bilang kalo tu obat musti rutin diminum supaya nda kambuh”

“....keponakan saya pernah bilang kalau obatnya harus diminum rutin biar tidak kambuh” (Informan 10)

d. Bantuan material

Informan mendapatkan bantuan dari warga sekitar dalam pembuatan rumah rumah informan. Dan pembuatan rumah buat klien dalam bentuk kurungan sebagai tempat tinggal klien agar tidak keluturan dan membuat masalah di kampung. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...warga bekeng torang pe wc, rumah ini di bekeng selayaknya torang tinggal deng depe rumah da kurung itu no... supaya X nda bekeng masalah le di kampung(sambil menunjuk rumah X di halaman samping rumah)”

“...warga jemaat di gereja yang bantu buat rumah ini karena tidak layak ditinggal, begitu juga dengan rumah kurungannya X.. supaya X tidak lagi buat masalah di kampung (sambil menunjuk rumah x di halaman samping rumah).” (Informan 8)

2. Dukungan Keluarga

Dukungan yang diterima bukan hanya dari lingkungan sekitar tetapi dari keluarga yang tinggal serumah. Saling mendoakan untuk kesembuhan klien, membantu dalam pemberian obat setiap hari, memberikan perhatian dalam memenuhi kebutuhan klien baik makan, minum dan kebersihan diri klien.

Bisa sembuh dan beraktivitas seperti orang normal adalah harapan keluarga selama merawat, berdoa bersama setiap hari merupakan ritual yang dilakukan keluarga untuk kesembuhan klien. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini::

“...kita cukup berdoa jo buat depe kesembuhan”

***“...saya cukup dengan mendoakan saja untuk kesembuhannya”
(Informan 3)***

“...kita deng paitua yang disei pa X kong berdoa sama-sama”

***“...saya dan suami disampingnya dan berdoa bersama”
(Informan 11)***

“...berdoa sama-sama terlebih khusus buat depe kesembuhan, so jadi torang pe rutinitas dalam keluarga”

“...berdoa bersama terlebih khusus buat kesembuhannya, sudah menjadi rutinitas kita dalam keluarga” (Informan 13)

Penggunaan obat rutin tidak dapat dilakukan sendiri oleh klien tanpa dukungan keluarga. Untuk mengurangi kekambuhan keluarga tidak pernah melewatkan jadwal pemeberian obat. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...bangun pagi kita langsung ambe obat kong kase supaya boleh mo ta kontrol depe perilaku”

“...bangun pagi saya langsung aja ngasih obat ke X supaya bisa terkontrol perilakunya” (Informan 6)

“...kita ja pasang alaram jang ta lupa depe jam minum obat”

“...saya sering pasang alaram, biar tidak lupa jam minum obat” (Informan 10)

“...kita ja pake akal mo ojo sealus kong taru pa depe makanan”

“...saya tidak hilang akal, obatnya dihaluskan dan dimasukan dalam makanannya” (Informan 11)

Memberikan perhatian yang khusus kepada klien dalam memenuhi kebutuhan makan, minum dan kebersihan diri adalah salah satu bentuk dukungan dari keluarga selama merawat. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“..makan sama-sama di meja makan, begitu le kalo so sore kong X ada dirumah kita ja suruh mandi nanti mo kase roko supaya X suka”

“...makan bersama di meja makan, begitu juga kalau udah sore dan X ada di rumah saya suruh mandi nanti di kasih rokok biar X mau” (Informan 1)

“...kita ja masak depei makanan kesukaan kong itu kita bekeng s setiap hari”

“...saya masak makanan kesukaannya dan itu saya ;akukan setiap hari” (Patisipan 3)

“...setiap hari kita rajin mo sebersih, bagitu le kalo mo makan menunya sama deng torang”

“...setiap hari saya rajin membersihkannya, begitu juga kalau makan menunya sama dengan kita” (Informan 8)

Tema 7 : Takdir

Segala upaya yang dilakukan oleh keluarga dan pendapat yang berbeda terhadap penyakit yang di alami oleh klien, membuat keluarga meyakini semua yang terjadi pada diri klien adalah bagian dari kehidupan. Keluarga memaknai gangguan jiwa sebagai musibah dalam keluarga, harus ikhlas menerima kenyataan yang sudah terjadi dan pasrah sepenuhnya kepada Tuhan sang pemilik kehidupan.

1. Musibah dalam Keluarga

Menurut agama yang dianut oleh informan bahwa gangguan jiwa adalah musibah yang terjadi dalam kehidupan keluarga mereka. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“ ... ini adalah musibah pa torang pe keluarga deng torang musti bisa ambe depe hikmah

“...ini adalah musibah buat keluarga kita dan kita harus bisa mengambil hikmahnya” (Informan 1)

2. Ikhlas Menerima

Memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa serta merawat dengan penuh kesabaran membuat informan ikhlas menerima bahwa klien harus di perlakukan sama dengan anggota keluarga yang lain. Kenyataan yang harus diterima oleh informan serta tetap berusaha memberikan yang terbaik dan ikhlas menerima keadaan klien. Berikut pernyataan dari informan dibawah ini:

“...yahh mau nda mau harus mo terima kenyataan ini”

***“...yabh mau tidak mau harus menerima kenyataan ini”
(Informan 1)***

*“...torang sebagai manusia cuma boleh mo trima deng ikhlas”
“...trima deng lapang dada X sakit bagini”*

***“...kita sebagai manusia hanya bisa menerima dengan ikhlas”
(Informan 7:2)***

“...menerima dengan hati yang lapang” (Informan 7:3)

“...musti mo trima depe keadaan sehat maupun sakit”

“...harus menerima keadaannya sehat maupun sakit” (Informan 11)

3. Pasrah kepada Tuhan

Memasrahkan keadaan yang sedang di jalani kepada Tuhan adalah sikap menerima apa adanya. Informan mengungkapkan klien tidak bisa sembuh dan menjadi normal kembali seperti dulu. Berbagai upaya telah dilakukan untuk kesembuhan klien tapi perilakunya masih tetap seperti itu. Pasrah dan terus berdoa berharap ada jalan dengan penyakit yang dialami sehingga bisa sembuh dan beraktivitas seperti sebelum sakit. Berikut pernyataan informan dibawah ini:

“...kita so pasrah, mungkin ini salah satu bagian dari kehidupan”

“...saya sih pasrah saja, mungkin ini salah satu bagian dari kehidupan” (Informan 1)

“... pasrah deng berdoa pa supaya Tuhan di kase kemampuan untuk terus boleh mo rawat pa X”

“...pasrah saja dan berdoa biar tetap di kasih kemampuan sama Tuhan untuk terus bisa merawat X”(Informan 3)

“...Tuhan yang lebeh tau mana yang terbaik toh, hanya berharap boleh mo jadi lebeh bae no dari sebelumnya”

“....Tuhan yang lebih tau mana yang terbaik kan, hanya bisa berharap bisa lebih baik dari sebelumnya” (Informan 8)

“...semua tinggal Tuhan pe tau jo apa yang terbaik buat kita pe anak”

“...tinggal Tuhan yang tau apa yang terbaik buat anak saya” (Informan 13)

4.4 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat laik 635-KEPK 29 januari 2018. Penelitian ini menggunakan etika penelitian sebagai berikut:

4.4.1 *Respect to Human Dignity* (menghargai hak azasi manusia)

1. *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada informan yang akan diteliti, tujuannya adalah informan mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika informan diteliti, informan akan menandatangani persetujuan dan jika menolak diteliti maka peneliti tidak akan memaksa serta akan tetap menghormati haknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti tidak menuliskan nama dan inisial informan pada data, namun hanya menuliskan kode. Jaminan akan hak *anonymity* membuat informan lebih terbuka dan nyaman dalam menguraikan kendala selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari informan akan dijamin kerahasiaannya.

4. *Fidelity* (kesetiaan)

Prinsip *fidelity* dibutuhkan peneliti untuk menghargai janji dan komitmen terhadap informan. Peneliti setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia informan. Ketaatan dan kesetiaan adalah kewajiban peneliti untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya

5. *Autonomy* (otonomi)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa peneliti mampu berpikir logis dan mampu memutuskan. Prinsip otonomi ini adalah bentuk respek peneliti terhadap informan, juga dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional.

6. *Freedom* (kebebasan)

Perilaku tanpa tekanan dari luar, memutuskan sesuatu tanpa tekanan atau paksaan pihak lain. Bahwa informan bebas

menentukan pilihan yang menurut pandangannya sesuatu yang terbaik tanpa ada paksaan pihak lain.

4.1.2 *Beneficience & non maleficience*

1. *Beneficience* (berbuat hal yang baik)

Benefisiensi berarti hanya mengerjakan sesuatu yang baik. Kebaikan juga memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Kadang dalam situasi pelayanan kesehatan kebaikan menjadi konflik dengan otonomi.

2. *Non maleficience* (tidak merugikan)

Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada informan tidak menimbulkan bahaya atau cedera secara fisik dan psikologi.

3. *Justice* (keadilan)

Keterlibatan subjek penelitian dilakukan peneliti dan semua subjek diperlakukan sama dan adil. Keadilan dalam penelitian ini akan diterapkan dengan memenuhi hak subjek untuk mendapatkan penanganan adil dan sama dengan memberikan

kesempatan yang sama dan menghormati persetujuan dalam *infomed consent* yang telah disepakati.

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti menguraikan interpretasi hasil penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, dan keterbatasan penelitian. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori, konsep, penelitian sebelumnya. Implikasi keperawatan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut hasil penelitian bagi pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilaksanakan dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa sebagai keluarga adalah keluarga yang merawat langsung klien dengan gangguan jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe. Penelitian ini dapat mengidentifikasi menjadi sembilan tema.

Tema 1: Kondisi Ekonomi

Pada tema ini kebutuhan hidup keluarga masih bisa di atasi meskipun mengalami kekurangan, empat belas keluarga mengatakan kebutuhan makan dan minum bisa di penuhi walaupun dalam keadaan ekonomi yang sulit dan harga sembako yang naik turun. Fungsi ekonomi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga, termaksud kebutuhan kesehatan anggota keluarga.

Sedangkan fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan untuk memeriksa kesehatannya (Friedman, 2010). Kebutuhan hidup seperti makan dan minum sangat bergantung pada pendapatan dari keluarga. Meskipun hanya kebutuhan setiap hari keluarga merasa kurang akan tetapi keluarga merasa cukup dengan apa yang di miliki dan masih bisa makan minum.

Sembilan dari lima belas keluarga mengungkapkan tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa dimana keluarga mengalami kesulitan dengan jarak tempat tinggal dan rumah sakit jiwa sehingga biaya transportasi laut dan darat menjadi penyebab utama keluarga tidak bisa membawah klien ke rumah sakit jiwa. Menurut Dian *et al* (2016) Berkenaan dengan kemampuan layanan kesehatan mental, jarak layanan kesehatan mental rumah sakit terbatas dan sangat jauh bagi sebagian orang. Kesulitan transportasi juga tantangan dalam menjangkau layanan kesehatan, terutama bagi peserta dari daerah pedesaan. Itu biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk mencapai layanan kesehatan juga dianggap sebagai hambatan oleh para peserta. Lima dari peserta berasal dari daerah pedesaan yang jauh dari Surabaya. Syed *et al* (2014), yang menyatakan bahwa pedesaan dan daerah perkotaan berbeda dalam hal transportasi, pilihan transportasi, biaya transit dan ketersediaan dan jarak dari layanan kesehatan mental. Perbedaan tingkat kemudahan akses geografis ke layanan kesehatan mental menghasilkan perbedaan dalam biaya tambahan untuk transportasi ke tempat tujuan.

Fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang letaknya sangat jauh dengan kabupaten kepulauan sangihe, membuat keluarga sulit menjangkau pengobatan terutama masalah biaya. Keluarga merasa kesulitan saat membawah klien ke rumah sakit karena keluarga harus menanggung sendiri biaya tiket kapal dan biaya pengobatan.

Pada sub tema ini enam keluarga mendapatkan penghasilan dengan menjual hasil berkebun dan melaut yang di pakai untuk memenuhi kebutuhan setiap hari. Sedangkan satu keluarga mendapatkan penghasilan setiap bulan sebagai pegawai negeri. Status ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu. Purnama (2008) dalam Rayahu (2008) faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga adalah faktor sosio ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan mencari segera pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

Kebutuhan hidup keluarga sangat bergantung pada penghasilan yang didapat, bagi beberapa keluarga yang memiliki pekerjaan dan penghasilan yang baik sangatlah cukup untuk memenuhi kebutuhan seperti makanan dan minuman. Tetapi keluarga yang pekerjaannya sebagai nelayan dan petani, penghasilan yang di dapat berdasarkan apa yang mereka jual dipasar.

Tema 2: Gejala Gangguan Jiwa

Kurangnya pemahaman tentang gejala gangguan jiwa dirasakan oleh keluarga karena berkurangnya kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan

hidupnya sehari-hari. Delapan keluarga dari lima belas mengungkapkan terjadinya perubahan perilaku menyebabkan penurunan dalam melakukan perawatan diri pada klien. Menurut Yusuf (2017) gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010: Yusuf 2015) menjelaskan bahwa gangguan jiwa merupakan berbagai bentuk penyimpangan perilaku dengan penyebab pasti belum jelas. Keluarga harus dapat mengenal bahwa klien gangguan jiwa adalah berada dalam kondisi sakit, sehingga dapat memahami penyimpangan perilaku yang timbul pada klien dan menentukan pemecahan masalah terhadap masalah kesehatan klien sesuai dengan tugas kesehatan keluarga.

Keluarga mengenali perubahan perilaku pada klien seperti marah-marah, bicara sendiri, tertawa sendiri, keluyuran dan kurangnya perawatan diri. Keluarga berusaha mencegah perilaku klien yang dapat merusak barang ataupun menyerang orang lain dengan cara menegur dengan baik meskipun terkadang teguran itu diabaikan oleh klien. Menurut Akema (2006) bahwa tanda dan gejala klien akan melakukan perilaku kekerasan antara lain klien mengepal tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, muka merah, dan ekspresi wajah tegang, bicara keras, berteriak dan menjerit.

Haddad (2010) meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang tanda-tanda awal kekambuhan dapat mengurangi kekambuhan pada klien gangguan jiwa yang berpotensi melakukan perilaku kekerasan. Hasil penelitian dari Wuryaningsih *et al* (2013) kekambuhan bisa terjadi karena klien diprovokasi, keinginan tidak dipenuhi dan ketidak patuhan terhadap obat. Sama halnya dengan

penelitian Parker *et al*, (1990) dalam Wuryaningsih bahwa sikap keluarga kepada klien yang sering mengkritik, bermusuhan atau emosional dan banyak mengatur akan memacu kekambuhan.

Tema 3: Beban Psikologi

Keluarga merasakan beban dalam merawat klien dengan gangguan jiwa sebagai beban psikologis, beban psikologis dinyatakan oleh informan dalam bentuk Kecewa dengan perilaku klien, jenuh selama merawat, takut dengan perilaku klien dan sulit diatur, sehingga menimbulkan kecemasan bagi informan. Cemas adalah suatu pengalaman subyektif seseorang dalam menghadapi stressor, dan cemas merupakan bagian dari kehidupan seseorang (Stuart & Larai, 2005). Stuart dan Larai mengatakan bahwa cemas sebagai dasar dari kondisi manusia dan memberikan peringatan yang berharga untuk kewaspadaan manusia dalam menghadapi stressor.

Menurut WHO (2008) dalam Ngadiran (2010) respon psikologis yang dialami keluarga dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi adalah perasaan kehilangan, kesedihan, cemas, dan malu dalam situasi sosial. Sedangkan beban obyektif adalah beban yang berhubungan dengan masalah-masalah dan pengalaman keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan financial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

Menurut pendapat peneliti dalam penelitian ini, beban psikologis dirasakan hampir dari semua informan, karena banyak masalah- masalah yang di

hadapi oleh informan selama merawat klien dengan gangguan jiwa, hal ini terjadi karena perilaku klien yang berbeda-beda saat mengalami kekambuhan.

Tema 4: Persepsi Keluarga

Tiga keluarga mengungkapkan anggota keluarga mereka mengalami gangguan jiwa karena mengidap penyakit malaria tropika, dimana keluarga mempercayai orang yang sudah pernah mendapatkan penyakit tersebut pasti akan mengalami gangguan jiwa. Menurut pakar nyamuk menyatakan malaria tropika bukanlah kondisi malaria biasa karena jenis malaria ini betul-betul mampu mengakibatkan malaria serebral, manifestasi dari parasit *plasmodium falciparum* terlibat didalamnya, kemudian memberikan pengaruh perubahan distatus mental penderita.

Keluarga meyakini bahwa gangguan jiwa disebabkan karena faktor keturunan. Menurut Tan, et al mengemukakan bahwa faktor keturunan memiliki peranan terhadap kejadian gangguan jiwa melalui variasi genetik yang diuraikan oleh *carrier*. Variasi DNA yang menyebabkan kejadian gangguan jiwa tersebut adalah protein neuregulin (NRDI) yang menyebabkan kejadian gangguan jiwa yang menyebabkan regulasi pada isoform otak. Sedangkan penelitian dari Tsuang (2005) dalam Wahyuningsih 2015 mengemukakan bahwa peluang menurunnya gangguan jiwa pada keturunan generasi kedua. Peluang cucu untuk memiliki gangguan jiwa dari kakek atau neneknya hanyalah 5% atau separuh dari peluang yang diturunkan salah satu orang tua yang mengidap gangguan jiwa.

Kurangnya pengetahuan keluarga menyebabkan keluarga memiliki persepsi tersendiri terhadap penyakit yang dialami klien, lima keluarga mengungkapkan pemicu gangguan jiwa pada klien disebabkan masalah pribadi, guna-guna dan ilmu hitam. Menurut Hawari (2014) stresor psikologi yaitu konflik dengan kawan dekat, atasan, rekan kerja, konflik dengan kekasih dan sebagainya merupakan sumber stres bagi seseorang sehingga mengalami gangguan jiwa.

Yusuf (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga hanya akan bisa memberikan dukungan penilaian apabila keluarga memahami bahwa klien gangguan jiwa sedang sakit dan membutuhkan bantuan. Masih adanya pemahaman bahwa klien mengalami kesurupan dan anggapan bahwa klien bukan orang baik-baik, merupakan hambatan keluarga dalam memberikan dukungan. Sedangkan menurut Hawari (2012) penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya. Dampak dari kepercayaan masyarakat dan keluarga, upaya pengobatan klien gangguan jiwa dibawah berobat ke dukun atau paranormal. Kondisi ini memperberat dengan sikap keluarga yang cenderung mempermalukan klien dengan disembunyikan, diisolasi, dukucilkan bahkan sampai ada yang dipasung.

Menurut peneliti, persepsi keluarga tentang gangguan jiwa disebabkan karena kurangnya pengetahuan tentang penyebab gangguan jiwa sehingga persepsi di guna-guna dan ilmu hitam menjadi salah satu anggapan keluarga terhadap gangguan jiwa.

Tema 5: Perilaku Mencari Pengobatan

Delapan keluarga yang lain pernah mencari pengobatan ke praktek dokter umum untuk mendapatkan obat karena berharap obat yang didapatkan bisa menenangkan klien saat kambuh meskipun obat hanya sebatas obat tidur. Dua keluarga mengungkapkan pernah membawah klien ke dokter saraf, keluarga berpendapat bahwa perubahan perilaku yang terjadi disebabkan karena klien mengalami gangguan saraf yang datang tiba-tiba. NANDA *International Inc* (2014) mendeskripsikan perilaku pencarian pelayanan kesehatan merupakan aktivitas individu yang aktif mencari individu dan/atau lingkungan dalam mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi. Karakteristik dari perilaku pencarian kesehatan antara lain penampakan atau diobservasi dari motivasi untuk mencari kebaikan pada tingkat yang lebih tinggi, penerapan atau kurangnya pengamatan terhadap pengetahuan tentang perilaku peningkatan kesehatan, keadaan atau pengamatan ketidakbiasaan dengan sumber komunitas yang baik, dan penampilan terhadap perhatian tentang kondisi lingkungan pada status kesehatan sekarang, serta penampakan atau diamati dari motivasi untuk peningkatan kontrol terhadap praktek kesehatan.

Didasarkan pada akses dan fasilitas yang didapat selama mendapat pelayanan seperti penelitian yang dikemukakan oleh Dako-Gyeke *et al* (2017) bahwa akses pelayanan kesehatan yang dirasa sulit pada individu serta beban biaya yang harus dikeluarkan bila tidak mempunyai jaminan kesehatan. Ditambah lagi dengan dijumpai kurangnya pendidikan juga berkontribusi pada kurangnya pengetahuan dan perilaku yang mencari kesehatan. Dengan demikian, orang yang

hidup dalam kemiskinan tidak dapat mengambil keuntungan dari deteksi dini dan pengobatan (Patil, 2013).

Dua belas keluarga mengungkapkan pernah membawah klien ke rumah sakit jiwa untuk melakukan pemeriksaan dan mendapatkan obat. Berharap dengan minum obat rutin dapat menyembuhkan penyakit klien secara total tetapi harapan itu membuat keluarga putus asa terhadap pengobatan medis. Akses mendapatkan pelayanan kesehatan sedikit mendapatkan kesulitan atau kendala, mereka kesulitan dalam hal pembayaran, dan terkadang mendapatkan penolakan dari tenaga kesehatan (Dako-Gyeke et al., 2017). Foster & Anderson (1999) menjelaskan bahwa pencarian pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan klien dalam mengupayakan kesembuhan dipengaruhi oleh kepercayaan klien. Kondisi social budaya masyarakat sekitar berpengaruh pada perilaku kesehatan klien untuk mencari kesembuhan di masyarakat sangat beragam.

Pengobatan tradisional tidak pernah lepas dari masyarakat kepulauan yang masih mempercayai bahwa penyakit yang dialami oleh klien adalah penyakit yang sulit disembuhkan oleh pengobatan medis sehingga mencari dukun akan mendapatkan kesembuhan, jika ada masyarakat yang melakukan pengobatan ke dukun dan memperoleh kesembuhan, akan mempengaruhi informasi ke masyarakat yang lain bahwa pengobatan ke dukun adalah alternatif ke dua selain medis termaksud gangguan jiwa, selain lebih murah pengobatannya, jarak tempuh ke tempat tinggal dukun tersebut hanya menggunakan transportasi darat dan tidak memakan waktu yang lama baik itu dukun yang tinggal di kampung sendiri maupun di kampung orang lain.

Chandra (2004) kemampuan finansial keluarga klien dengan gangguan jiwa tidak memungkinkan untuk membiayai penyembuhan penyakit yang cenderung berjalan kronis sehingga kejadian seperti memicu tindakan dan sikap keluarga terhadap penolakan klien gangguan jiwa sehingga memilih untuk merawat seadanya dan hanya mengupayakan penyembuhan melalui cara non medis (paranormal) yang dinilai lebih murah dibandingkan dengan cara medis.

Tema 6: Dukungan Sosial

Dukungan dari keluarga besar dan kerabat terdekat sangat membantu keluarga dalam pengambilan obat di RSJ. Yusuf (2017) Bentuk bantuan jasa yang diberikan oleh keluarga dengan mengambilkan obat ke rumah sakit. Bantuan ini diberikan karena ketidak mampuan klien untuk dapat pergi sendiri ke pelayanan kesehatan, namun waktu dan tenaga untuk mengambil obat di rumah sakit dilakukan oleh keluarga

Bantuan informasi yang diterima keluarga yaitu tentang pengobatan untuk kesembuhan klien baik itu pengobatan medis maupun tradisional. Dukungan informasi merupakan dukungan yang digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan yang dihadapi dan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan anggota keluarga yang sakit baik itu informasi pelayanan kesehatan jiwa, informasi minum obat secara rutin dan teratur maupun informasi pengobatan tradisional (dukun). Yusuf (2017) dalam penelitiannya mengungkapkan keluarga membutuhkan informasi kesehatan untuk dapat memberikan solusi kesehatan terhadap masalah klien dengan gangguan jiwa, sumber informasi yang dapat

diakses oleh keluarga adalah institusi, pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, buku, koran, majalah ataupun sumber ahli lainnya, dalam proses penyembuhan selama merawat klien dengan gangguan jiwa klien, keluarga membutuhkan informasi yang tepat tentang gangguan jiwa, agar dapat dicapai kondisi klien yang dapat berfungsi secara sosial.

Pemberian dukungan dalam bentuk motivasi dirasakan sendiri oleh keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa, baik itu dari keluarga besar maupun lingkungan sekitar. Menurut Friedman (1998) dalam Yusuf (2017) dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat empati, rasa percaya, perhatian, sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Sedangkan menurut Andriani (2014) dukungan emosional memberikan individu perasaan dapat memberikan bantuan dalam bentuk semangat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang hidup dalam satu rumah tangga, mempunyai ikatan bersamaan, saling ketergantungan satu terhadap yang lain dan mempunyai ikatan emosional.

Dukungan yang diberikan keluarga selama merawat yaitu dengan memenuhi kebutuhan makan dan minuman sama seperti dengan anggota keluarga lainnya tanpa membedakan. Murniasih dalam yusuf (2017) dukungan penilaian merupakan dukungan yang terjadi apabila ada penilaian yang positif terhadap individu, lebih lanjut Friedman 1998; Muniarsih 2007 dalam Yusuf (2017) menjelaskan bahwa individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka. Penilaian positif didapatkan apabila anggota keluarga

memberikan perhatian terhadap klien. Seluruh keluarga membantu memenuhi kebutuhan klien dalam menyediakan makanan dan minuman. Keluarga adalah sumber bantuan praktis bagi klien dalam memenuhi kebutuhannya.

Keluarga mendukung dalam pemberian obat secara rutin untuk mengantisipasi terjadinya kekambuhan pada klien pentingnya minum obat secara rutin membuat keluarga merasakan sendiri dampak yang terjadi pada klien. keluarga adalah sumber bantuan praktis bagi klien dalam pemenuhan kebutuhannya dengan memberikan obat karena ketidak mampuan klien untuk minum obat secara rutin. Wuryaningsih (2013) kepedulian keluarga dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberi kesempatan rekreasi, memberikan tanggung jawab dan kewajiban peran dari keluarga sebagai pemberi asuhan. Keluarga berkomitmen dalam memberikan dukungan dan mendampingi klien untuk patuh dalam pengobatan, hal ini sesuai anjuran WHO (2002) perawatan kesehatan yang dapat diberikan keluarga pada klien yaitu mendampingi klien melakukan pengobatan, memberikan dorongan yang positif dan konsisten dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

Situasi keluarga yang memberikan dukungan emosional akan membantu klien untuk mencapai penyembuhan dengan optimal. Klien membutuhkan motivasi terus menerus untuk dapat minum obat secara teratur dan yang dapat membaerikan semangat untuk melakukannya adalah keluarga. Sikap empati dan rasa percaya dari keluarga sangat dibutuhkan oleh klien untuk mencegah kekambuhan Yusuf (2017) Menurut Sandy Fitria (2013) dalam penelitiannya

bahwa setiap sikap positif yang diberikan keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga yang sakit untuk menjalani perawatan rutin dan lanjut setiap bulan, dan mempengaruhi kepatuhan untuk minum obat sesuai anjuran dokter

Keluarga sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penilaian mempunyai fungsi aktif. Dengan adanya support, penghargaan dan perhatian ini, klien menjadi termotivasi, merasa dihargai dan masih ada yang memperhatikan dirinya. Menurut Friedman *et al* (2003) fungsi afektif berbasis pada kepedulian keluarga terhadap kebutuhan sosio emosional semua anggota keluarganya. Umumnya klien gangguan jiwa belum mampu mengetahui dan mengatur jadwal dan jenis obat yang akan diminum dengan benar dan teratur (Nazir & muhith 2011) membimbing anggota keluarga yang sakit agar meminum obat tepat waktu sesuai anjuran dokter untuk mencegah terjadinya kekambuhan apabila klien tidak minum obat. Menurut Yudi Pratama (2013) menyatakan bahwa apabila dukungan keluarga baik maka klien tidak akan mengalami kekambuhan, sebaliknya jika dukungan keluarga buruk maka klien mengalami kekambuhan.

Tema 7: Takdir

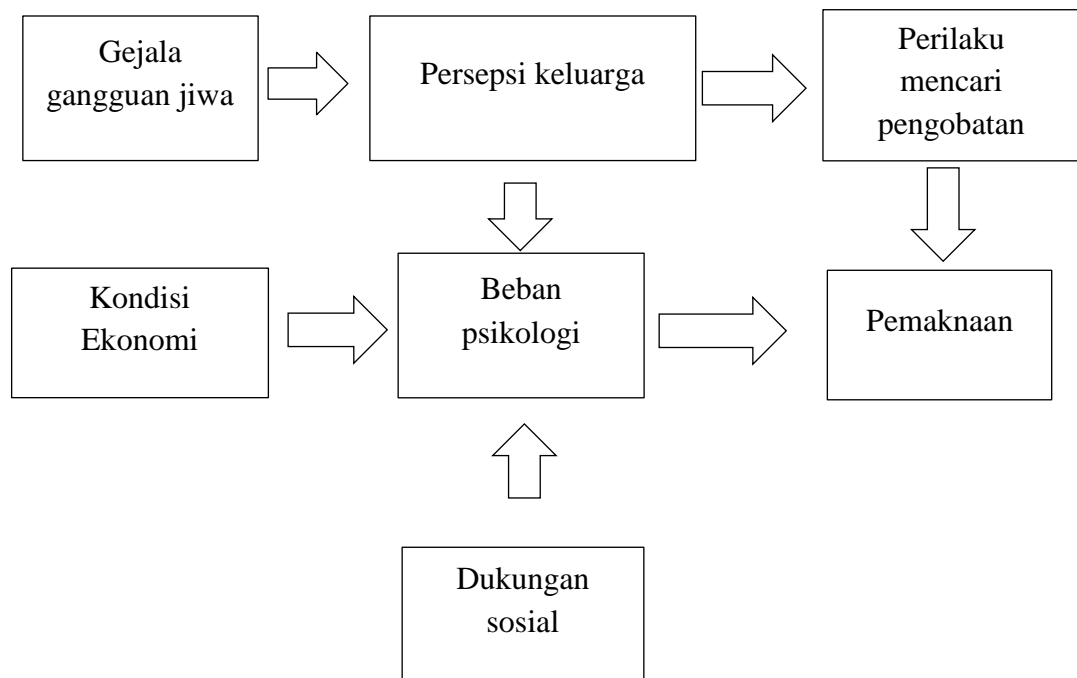
Keluarga memilih untuk merawat dan tinggal bersama dengan klien yang mengalami gangguan jiwa merupakan suatu efek psikologis dimana sebelas keluarga menerima dengan ikhlas keadaan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, enam diantaranya pasrah dengan penyakit yang dialami oleh klien, sedangkan satu keluarga meyakini sakit yang dialami anggota keluarga adalah

musibah dalam keluarga, terus meningkatkan kesabaran dan berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Makna bagi keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa diwujudkan oleh keluarga sebagai keyakinan pada Tuhan dan menerima dengan positif segala kondisinya, serta mengembalikan semuanya ke pada pemilik kehidupan.

Ngadiran (2010) mengatakan, menerima merupakan tahap terakhir dari tahap-tahap kehilangan, memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga merupakan peristiwa yang bisa menyebabkan rasa kehilangan bagi keluarganya dengan dukungan dan motivasi yang baik sehingga keluarga bisa menerima kenyataan ini merupakan mekanisme koping yang baik yang dijalankan oleh keluarga. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan bagian hidup dan sikap penerimaan dari keluarga tersebut. Hasil penelitian ini juga mengungkapkan pernyataan-pernyataan keluarga yang menerima anggota keluarganya.

Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan bagian hidup serta sikap menerima karena memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Informan meyakini bahwa yang terjadi pada keluarga dan klien merupakan ujian yang diberikan Tuhan didalam kehidupan, dan informan terus meningkatkan kesabaran dan berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi didalam keluarga.

5.2 Temuan Pengalaman



Pengalaman keluarga yang ditemukan dalam penelitian ini, digabung dari 7 (tujuh) tema yaitu Gejala gangguan jiwa, Kondisi ekonomi, Dukungan sosial, Persepsi keluarga, Beban psikologi, Prilaku mencari pengobatan, Pemaknaan. Ke 7 (tujuh) tema ini, membangun pengalaman yang dirasakan keluarga saat merawat klien. Diawali dengan terjadinya perubahan perilaku yang dialami oleh salah satu anggota keluarga sendiri. Rasanya sangat berat menerima kenyataan bahwa saat sekarang, ada anggota keluarga entah itu Ibu, Anak, Kakak dan adik mengalami gangguan jiwa. Sikap dan perilaku klien yang berubah dari normal, seperti suka keluyuran, komunikasi tidak efektif, berbicara atau mulut komat kamit tanpa suara dengan memandang suatu objek

berupa benda apa saja dalam dan luar ruangan, tertawa sendiri tanpa ada lawan bicara atau suatu objek yang lucu, mengamuk tidak ada penyebabnya baik dalam rumah dan lingkungan sekitar, teriak dalam rumah dan di jalan-jalan, melempar batu atau suatu benda lain ke arah bangunan tempat ibadah dan lainnya, memukul-mukul diri sendiri dan orang lain, terkadang menyanyi dengan atau tanpa alat musik tanpa henti, mengutil barang milik tetangga.

Kurangnya pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa, menyebabkan timbul berbagai macam persepsi terhadap penyakit yang diderita anggota keluarga, baik itu persepsi positif maupun negatif. Keluarga yang berpendapat positif, menganggap gangguan jiwa terjadi karena dampak dari suatu penyakit terdahulu seperti malaria tropika yang menyerang otak sehingga mengalami gangguan jiwa, serta adanya faktor keturunan. Sedangkan keluarga yang berpersepsi negatif berpendapat bahwa seseorang telah mengguna-gunai karna faktor cemburu dan syirik.

Keadaan seperti ini, oleh sebahagian kecil kelarga, bisa melaluinya dengan cukup baik, karena terbantuan dengan kondisi ekonomi yang lumayan mendukung, karena memiliki pekerjaan yang tetap, dengan mencari pengobatan, entah di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan atau rumah sakit, walaupun pada akhirnya tidak cukup juga. Sebahagian besar keluarga sangat merasakan dampak dari penyakit yang diderita anggota keluarganya. Ditengah – tengah kondisi ekonomi yang sangat sulit dan harus berbagi dengan kebutuhan hidup baik pangan dan sandang.

Dukungan sangat dibutuhkan dan berpengaruh besar, pada saat keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, baik dari dalam keluarga maupun dari luar keluarga. Merupakan dukungan yang sangat penting dan juga sangat dibutuhkan dari semua anggota keluarga yang tinggal serumah, karena tidak semua anggota keluarga menerima, suka dan mampu merawat, memberikan perhatian yang khusus kepada klien dalam memenuhi kebutuhan pangan dan sandang. Motivasi dari keluarga besar, informasi dan pelayanan dari petugas kesehatan tentang kesehatan jiwa, fasilitas jaminan kesehatan seperti asuransi, empati dari lingkungan sekitar, baik tetangga dan masyarakat serta rohaniawan dan atau pemuka agama, merupakan dukungan komunitas yang sangat dibutuhkan selain dari dalam keluarga.

Kondisi keluarga sejak awal mendapati salah seorang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa, menjalani proses perawatan baik di rumah maupun di fasilitas kesehatan dengan jangka waktu berbulan – bulan dan bertahun – tahun yang tidak mudah dan sangat tidak menyenangkan, banyak memberikan kontribusi terhadap perubahan psikologi keluarga. Sesal, kekecewa dan takut dengan perilaku klien yang berubah-ubah, sangat sulit diatur, menimbulkan kejenuhan selama merawat klien, karena tidak kunjung sembuh serta kurangnya dukungan dari anggota keluarga lainnya, keluarga besar, keterbatasan atas informasi, mengakses pelayanan kesehatan jiwa, kebutuhan ekonomi keluarga, serta kompleksitas masalah rumah tangga lainnya, turut memberikan sumbangan terganggunya psikologi

keluarga,.dengan demikian, tidak jarang timbul konflik antar anggota keluarga, keadaan ini menimbulkan masalah emosi dalam merawat sehingga keluarga memaknai bahwa perubahan perilaku yang di alami oleh klien harus di sertai dengan pengobatan.

Ketidak pahaman dalam pengobatan yang tepat dan harus dijalankan untuk klien, maka dokter praktek umumlah oleh sebahagian keluarga, menjadi langkah pertama yang ditempuh dalam pengobatan. Sebahagian keluarga juga mencari dokter umum sebagai cara yang cepat untuk mendapatkan obat penenang setelah obat yang diberikan dari RSJ habis. Keluarga beranggapan semua dokter pasti mempunyai obat penenang tanpa harus ke dokter spesialis jiwa. Sebahagian keluarga lainnya, walaupun harus berkali-kali membawah ke RSJ dengan jarak tempuh yang jauh dan dengan waktu berjam – jam dan biaya yang tidak sedikit tetapi keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan membawah klien ke RSJ. Di daerah Kepulauan masih sangat kental dengan pengobatan tradisonal termaksud dukun. Membawah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke dukun adalah langkah kedua setelah pengobatan medis. Keluarga meyakini bahwa dukun bisa mengobati masalah gangguan jiwa terutama jika gangguan jiwa itu disebabkan oleh ilmu hitam dan guna-guna, keluarga mempunyai penilaian tersendiri bahwa yang bisa mengobati hanyalah dukun.

Segala upaya yang dilakukan oleh keluarga dan pendapat yang berbeda terhadap penyakit yang di alami anggota keluarga, membuat keluarga meyakini semua yang terjadi pada diri klien adalah bagian dari kehidupan.

Keluarga memaknai gangguan jiwa sebagai musibah dalam keluarga, merawat dengan penuh kesabaran membuat keluarga ikhlas menerima bahwa klien harus di perlakukan sama dengan anggota keluarga yang lain serta pasrah sepenuhnya kepada Tuhan sang pemilik kehidupan.

5.3 Keterbatasan Penelitian

5.3.1 Kendala dari Keluarga:

Saat proses wawancara berlangsung kendala yang di alami yaitu ada dua keluarga yang kurang kooperatif saat menceritakan pengalaman sehingga peneliti merasa proses wawancara seperti tanya jawab dengan keluarga. Sedangkan hal lain yang menjadi kendala adalah keluarga yang memiliki latar belakang pekerjaan sebagai petani dan wirausaha bisa ditemui setelah melakukan aktivitas pada sore hari.

5.3.2 Kendala Peneliti:

Kendala bagi peneliti yaitu mengalami kesulitan menemukan referensi artikel baik di dalam negeri maupun di luar negeri tentang pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa terutama hasil penelitian kualitatif.

5.4 Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian dapat memberikan beberapa implikasi bagi bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan. Serta dapat memberikan informasi bagi keluarga lain yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk mengatasi kesulitan yang di alaminya selama merawat klien dengan gangguan jiwa.

5.4.1 Implikasi Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting yang berhubungan dengan perubahan perilaku klien, beban keluarga, perilaku mencari pelayanan kesehatan, dan sumber dukungan keluarga sebagai *caregiver*. Pengalaman keluarga tentang merawat klien gangguan jiwa akan menjadi dasar informasi bagi perawat terlebih khusus pelayanan kesehatan jiwa di daerah kepulauan, sehingga pelayanan asuhan keperawatan semakin meningkat. Sangat dibutuhkan pelayanan kesehatan jiwa dan sumber daya manusia seperti dokter spesialis jiwa atau perawat jiwa di daerah perbatasan yang bisa membantu memfasilitas keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa agar keluarga tidak mengalami kesulitan menjangkau pelayanan kesehatan jiwa baik tenaga medis maupun obat-obatan.

5.4.2 Implikasi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini sangat bermanfaat bagi dunia pendidikan keperawatan, terlebih khusus dapat menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan preventif dan promotif dalam di bidang keperawatan jiwa sehingga dapat mengetahui masalah yang dialami keluarga selama merawat klien dengan gangguan jiwa.

5.4.3 Implikasi Bagi Peneliti Selanjutnya

Mendapatkan informasi yang baik terhadap beban yang dirasakan keluarga selama merawat klien dengan gangguan jiwa yang meliputi beban finansial, perubahan perilaku klien, perilaku keluarga dalam mencari pengobatan baik medis maupun tradisional, beban psikologi, dan sumber dukungan akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan perawatan dan pengobatan klien.

BAB 6

PENUTUP

6.1 KESIMPULAN

Pengalaman yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa yang ditemukan dalam penelitian ini dibangun atas tujuh tema yang merupakan rangkaian perjalanan dalam keluarga, dimulai dari beban psikologi yang dialami keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa, berawal dari mencari penyelesaian masalah gangguan jiwa, dengan pengobatan profesional maupun non profesional, sambil menghadapi keadaan dari klien disepanjang waktu merawat, yang memunculkan perasaan takut, marah dengan perilaku klien saat mengalami kekambuhan serta pada puncaknya memasuki suatu keadaan dimana keluarga kecewa dan jenuh.

Dukungan sangat dibutuhkan dan berpengaruh besar, pada saat keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, baik dari dalam keluarga maupun dari luar keluarga. Merupakan dukungan yang sangat penting dan juga sangat dibutuhkan dari semua anggota keluarga yang tinggal serumah, karena tidak semua anggota keluarga menerima, suka dan mampu merawat, memberikan perhatian yang khusus kepada klien dalam memenuhi kebutuhan pangan dan sandang. Motivasi dari keluarga besar, informasi dan pelayanan dari petugas kesehatan tentang kesehatan jiwa, fasilitas jaminan kesehatan seperti asuransi, empati dari lingkungan sekitar, baik tetangga dan

masyarakat serta rohaniawan dan atau pemuka agama, merupakan dukungan komunitas yang sangat dibutuhkan selain dari dalam keluarga.

Makna memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga meyakini semua yang terjadi pada diri klien adalah bagian dari kehidupan. Keluarga memaknai gangguan jiwa sebagai musibah dalam keluarga, merawat dengan penuh kesabaran membuat keluarga ikhlas menerima bahwa klien harus di perlakukan sama dengan anggota keluarga yang lain serta pasrah sepenuhnya kepada Tuhan sang pemilik kehidupan.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Pelayan Keperawatan

Penelitian ini dapat di manfaatkan untuk memberikan gambaran tentang pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa khususnya di bidang keperawatan jiwa. Serta meningkatkan dukungan bagi keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa.

6.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi anak didik selama melakukan penelitian khususnya dalam penelitian kualitatif serta dapat meningkatkan pengetahuan dalam asuhan keperawatan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

6.2.3 Bagi Daerah Kepulauan

Perlu adanya pelayanan khusus jiwa terutama kesediaan dokter dan perawat yang mempunyai keahlian khusus di bidang kesehatan jiwa sehingga keluarga tidak merasa kesulitan membawah klien untuk mendapatkan pengobatan

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad R, et all (2017). Qualitative interviewing of Malay caregivers: stigma and mental health problems of older adults. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10 (2), 127–135. Diunduh dari: <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1259338>
- Anderson, J. G. (1973). Health services utilization: framework and review. *Health Services Research*, 8, 184–199
- Andersen, T., & Utilization, H. (1968). Andersen healthcare utilization model, 6–8. <https://doi.org/10.2307/2137309>
- Andriani, L. 2014. Pengaruh Dukungan Keluarga pada Pasien Skizofrenia. Skripsi. Universitas Dipenogoro: Semarang
- Azwar, A. (2010). Pengantar Administrasi Kesehatan. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.2307/2137309> Desember 2013
- Bailey, J. M., Wye, P. M., Wiggers, J. H., Bartlem, K. M., & Bowman, J. A. (2017). Family carers : A role in addressing chronic disease risk behaviours for people with a mental illness ? *Preventive Medicine Reports*, 7, 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.05.014>
- Bee, P., et all (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834–1845. <https://doi.org/10.1016/j.ijn.2015.07.008>
- Chandra, L.S. (2004). *Schizophrenia Anonymous, A Better Futrure*. Jakarta: Widyatama
- Collaizi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. New York: Oxford University Press.
- Cosgrave, C., (2015). Retention challenge facing Australia’s rural community mental health services: Service managers’ perspectives. *Australian Journal of Rural Health*, 23(5), 272–276. <https://doi.org/10.1111/ajr.12205>
- Creswell, J.W. (2012). Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dian, C., Yusuf, A., Fitryasari, A., (2016). *Perceived Barriers On Mental Health*

Services By The Family Of Patients With Mental Illness. Journal: Nursing Faculty Universitas Airlangga

- Fitria, M.S. 2013. Hubungan antar faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat, Dukungan Keluarga dan Lingkungan dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta. Universitas Muhamadiyah: Surakarta
- Friedman, M.M.,2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik. Edisi 5. EGC: Jakarta
- Friedman, M M., Bowden, V R., Jones, E G.(2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik, Edisi 5*. EGC: Jakarta
- Fitryasari,. (2010). Proses Berduka Dan Beban Yang Dialami Keluarga Dalam Merawat Anak Dengan Autisme. Jurnal Ners Vol. 5 No. 2, 181–190
- Fitzpatrick, S. J., (2017). The effect of context in rural mental health care: Understanding integrated services in a small town. *Health & Place*, 45(November 2016), 70–76.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.004>
- Graham, A., *et all*. (2017). Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen’s Behavioral Model of Health Service Use. *Journal of Affective Disorders*, 208, 170–176.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.074>
- Haddad, P.M. (2010). *The Cost of relapse in schizophrenia*. Mind & Brain, The Journal Of Psychiatry,2, 33-38. Diakses melalui <http://search.proquest.com/docview/751246902>
- Hawari, Dadang. 2012. Skizofrenia : Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Edisi 3. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hayden, J., & Paterson, W. (2014). Health Belief Model. *Introduction to Health Behavior Theory*,31–43.Retrieved.
- Hawari. (2014). Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Edisi Ketiga. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ingelse, K., & Messecar, D. (2016). Rural Women Veterans’ Use and Perception

of Mental Health Services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 244–248.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.008>

Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*.
<https://doi.org/351.077> Indo

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014, 1–24. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kim, J., (2016). Improving child welfare services with family team meetings: A mixed methods analysis of caseworkers' perceived challenges. *Children and Youth Services Review*, 70, 261–268.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.09.036>

Kreitzer, L., (2016). Qualitative examination of rural service provision to persons with concurrent developmental and mental health challenges. *European Journal of Social Work*, 19(1), 46–61.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1022859>

Lubis, N., et all (2014). Pemahaman Masyarakat Mengenai Gangguan Jiwa Dan Keterbelakangan Mental. *Social Work*, 4(2).

Mwale, O. ., & Mselle, L. . (2017). Exploring barriers to utilization of mental health services in Malawi: A qualitative exploratory study. *Mental Health and Prevention*, 5(June 2016), 52–62.
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.01.004>

Nazir, A., & Muhith, A. 2011. Dasar-dasar Keperawatan jiwa. Salemba Medica: Jakarta

Nihayati H. E., Mukhalladah, D., Krisnana I., (2016). Pengalaman Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa *Pasca Pasung*. *Jurnal Ners* Vol. 11 No. 2, 283-287




- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta, Indonesia : Salemba Medika
- Ngadiran, A. (2010). Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Tentang Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Pasien Halusinasi. Program Magister Keperawatan Jiwa: FIK UI.
- Nxumalo, C. T., & Mchunu, G. G. (2017). Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal. *Health SA Gesondheid*, 22, 202–212. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2017.02.002>
- Ottewell, N. (2016). Stigma against mental illness: Perspectives of mental health service users. *Mental Health & Prevention*, 4(3–4), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.10.001>
- Pratama. Y., 2013. Jurnal: Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Keluarga Pasien terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di Badan Layanan Umum; Aceh
- Pinilih, S. S., Astuti, R. T., Kesehatan, F. I., Magelang, U. M., Kesehatan, F. I., Magelang, U. M., Magelang, U. M. (2015). Manajemen Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas melalui Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *The 2 Nd University Research Coloquium 2015*, 2, 585–590.
- Sakai, C., et all. (2014). Mental Health Beliefs and Barriers to Accessing Mental Health Services in Youth Aging out of Foster Care. *Academic Pediatrics*, 14(6), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.07.003>
- Setiadi. 2007. Konsep dan proses Keperawatan Keluarga Edisi Pertama. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Saunders, K. E. A., Bilderbeck, A. C., Panchal, P., Atkinson, L. Z., Geddes, J. R., & Goodwin, G. M. (2017). Experiences of remote mood and activity monitoring in bipolar disorder : A qualitative study. *European Psychiatry*,

- 41, 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.005>
- Sutherland, C. R., et al (2017). Rural and Remote General Practitioners' Perceptions of Psychologists. *Australian Psychologist*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/ap.12295>
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methode)*. Bandung: Alfabeta.
- Thomas, S. L., et al (2014). What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities? *BMC Family Practice*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-143>
- Tlhowe, T. T., et al. (2017). Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members. *Health SA Gesondheid*, 22, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.09.003>
- UU Kesehatan RI. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, (1), 28.
- Wahyuningsih,. (2015). Hubungan Faktor Kejadian dengan Gangguan Jiwa. Ilmu Keperawatan STIKES Aisyiyah: Yogyakarta
- Wuryaningsih *et al.*, (2013) *Studi fenomenologi: pengalaman keluarga mencegah Kekambuhan perilaku kekerasan pasien Pasca hospitalisasi RSJ*. Journal Keperawatan Volume 1, No. 2, 178-185
- WHO. (2002). Family Intervention And Support In Schizophrenia. Diakses melalui <http://www.who.int>
- Yohanes, D. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Yogyakarta: Nuha Medical
- Yoshida, K., Suzuki, T.,. (2016). Resilience in schizophrenia : A comparative study between a remote island and an urban area in Japan. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.030>
- Yusuf, A., (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*: Salemba Medika
- Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan*

- Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika. Chandra, L.S. (2004). *Schizophrenia Anonymous, A Better Future*. Jakarta: Widyatama
- Yusuf, A., *et al* (2017). Riset Kualitatif Dalam Keperawatan: Mitra Wacana Media
- Yusuf, A. (2017) Fenomena Pasung dan Dukungan Keluarga terhadap Pasien Gangguan Jiwa Pasca Pasung. Jurnal Keperawatan. Volume 5 Nomor 3


Lampiran 1

Surat Permohonan Izin Penelitian

	KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	: 785 /UN3.1.13/PPd/S2/2017	19 Desember 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
<hr/>		
Kepada Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Sangihe		
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p>		
Nama	: Nansy Delia Pangandaheng, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153108	
Judul Proposal	: Pengalaman Keluarga Merawat Klien dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Kepulauan Sangihe	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
<p style="text-align: right;">a.n Dekan, Wakil Dekan I</p> <div style="text-align: center;">  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. <i>SK</i> NIP. 196808291989031002</div>		

Lampiran 2

Surat Keterangan Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN
KEPULAUAN SANGIHE
DINAS KESEHATAN**

Jln. Baru Kelurahan Tapuang, Telp. (0432) 21432 Fax (0432) 21432 Tahuna Timur 95815

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor : 094 / 58 / IV / 2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: dr. Saartje. M. M. Wanget
NIP	: 19720330 200212 2 004
Pangkat/Golongan	: Pembina, IV/a
Jabatan	: Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kepl. Sangehe

Dengan ini menyatakan bahwa :


Nama	: Nansy Delia Pangandaheng, S.Kep, Ns
Nim	: 131614153108
Fakultas	: Keperawatan
Prodi	: Magister Keperawatan
Universitas	: Airlangga Surabaya

Telah selesai melakukan penelitian di Kabupaten Kepulauan Sangehe selama 2 (dua) Bulan, terhitung mulai Bulan Februari - April 2018 untuk memperoleh data dalam penyusunan Tesis yang berjudul "*Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa*"

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan seperlunya.

Ditetapkan di : Tahuna
Pada Tanggal : April 2018


**Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN KEPULAUAN SANGIHE**



dr. SAARTJE M. M. WANGET
PEMBINA
NIP-19720330 200212 2 004

Lampiran 3

Surat Keterangan Lolos Kaji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 635-KEPK


Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI KABUPATEN KEPULAUAN SANGIHE”

<u>Peneliti utama</u>	: Nansy Delia Pangandaheng
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Kabupaten Kepulauan Sangihe (SULUT)
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited



Surabaya, 29 Januari 2018
Ketua (Chairman)
Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 4

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN**Saya yang bertanda tangan dibawah ini:**

Nama : Nansy Delia Pangandaheng
Alamat : Kelurahan Bungalawang, Kecamatan Tahuna
Pekerjaan : Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Surabaya
Nomor kontak : 0822 9240 8244
Email : delia_kyuya@yahoo.com

Judul penelitian : Pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa

Perlakuan yang diterapkan pada subjek :

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif: Studi fenomenologi dalam penelitian ini partisipan akan dilakukan:

1. Jika Bapak/Ibu menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara terkait topik yang akan diteliti
2. Bapak/Ibu akan diwawancarai masing-masing sesuai jadwal yang akan ditentukan dan perjanjian kemudian.
3. Dalam pengumpulan data dari partisipan di lakukan peneliti dengan cara wawancara mendalam selama 50 menit setiap kali pertemuan
4. Selama wawancara peneliti akan menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data

Hak untuk undur diri:

Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan Bapak/Ibu berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan Bapak/Ibu dan apabila dalam

penelitian ini tidak bersedia dijadikan partisipan, maka peneliti akan mencari partisipan yang lain.

Jaminana kerahasiaan data:

Semua data informasi identitas Bapak/Ibu akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas Bapak/Ibu secara jelas dan pada laporan penelitian nama Bapak/Ibu dibuat kode.

Adanya insentif untuk subjek penelitian:

Seluruh subjek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang/biaya transportasi tetapi akan memperoleh souvenir

Pernyataan kesediaan:

Apabila Bapak/Ibu telah memahami penjelasan dan setuju sebagai partisipan dalam penelitian ini, mohon menandatangani surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai partisipan penelitian. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari keluarga klien dalam penelitian ini. Atas kesedian dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Informan

Tahuna, Februari 2018

Peneliti,

(.....)

(Nansy D. Pangandaheng)

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti dan setelah mendapat jawaban dari pertanyaan terkait penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi informan penelitian yang dilakukan oleh **Nansy Delia Pangandaheng** Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul penelitian : “Studi fenomenologi Pengalaman Keluarga Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa “ Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai informan.

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dari siapapun dan bersifat sukarela.

Informan

Tahuna, Februari 2018

Peneliti,

(.....)

(Nansy D. Pangandaheng)

Lampiran 6

DATA DEMOGRAFI

Tgl Pengisian

:

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon memberikan jawaban dengan jujur dan sesuai
2. Usahakan agar tidak ada jawaban yang terlewatkan
3. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali

Identitas Partisipan

Inisial Partisipan :

Umur Partisipan :

Alamat :

Agama :

Suku :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Nomor Telepon :

Peghasilan Keluarga :

Umur Klien :

Jenis kelamin klien :

Pendidikan terakhir klien :

Hubungan dengan klien :

Lampiran 7

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)

Tanggal :
 Waktu :
 Tempat :
 Pewawancara :
 Informan :
 Di hadir oleh :
 Posisi duduk :
 Situasi wawancara :

Karakteristik Informan

RESPON YANG DI AMATI	ARTI DARI RESPON
Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal Informan	
Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal informan	

Lampiran 8

PEDOMAN WAWANCARA

Peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam sejauh mana pengalaman keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa, bapak/ibu bisa menceritakan bagaimana pengalaman yang di alami dalam merawat klien yang mengalami gangguan jiwa. Semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami saat ini dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Aspek yang digali	Pertanyaan
Latar belakang Informan	a. Latar belakang pekerjaan informan b. Penghasilan yang di dapat c. Bagaimana memenuhi kebutuhan setiap hari
Pengalaman merawat klien dengan gangguan jiwa	a. Gejala yang nampak pada klien b. Apa pendapat informan penyebab dari gangguan jiwa
Perasaan tentang pengalaman selama merawat	a. Bagaimana perasaan saat mengetahui ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa b. Apa yang dirasakan saat merawat klien dengan gangguan jiwa c. Bagaimana dengan dukungan yang diterima d. Kesulitan apa yang dirasakan saat merawat
Makna memiliki anggota keluarga gangguan jiwa	a. Apa yang dilakukan setelah mengetahui klien mengalami gangguan jiwa b. Menerima keadaan klien c. Bagaimana proses yang dilalui hingga bisa menerima keadaan ini

Lampiran 9

REKAP TEMA SEMUA INFORMAN

Tema	Sub Tema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan Dasar	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	√
	Tingginya Biaya Menjangkau Rumah Sakit Jiwa	√	√	√		√		√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Penghasilan	√	√	√	√		√		√		√	√	√		√	√
Gejala Gangguan Jiwa	Perubahan Perilaku	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Beban Psikologi	Kecewa dengan Perilaku klien	√	√		√	√	√		√		√	√		√	√	√
	Jenuh selama merawat		√					√	√	√	√				√	
	Takut dengan perilaku klien	√			√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	
	Sulit diatur	√				√	√		√	√						
Persepsi Keluarga	Persepsi Positif					√		√				√				√
	Persepsi Negatif			√	√		√		√		√		√		√	
Perilaku Mencari Pengobatan	Profesional	√	√	√		√	√	√	√	√		√	√		√	
	Non Profesional	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
Dukungan Sosial	Dukungan Komunitas	√	√	√	√				√							
	Dukungan keluarga	√		√					√			√		√		
Takdir	Ikhlas menerima kenyataan	√	√	√	√		√	√		√		√				
	Pasrah kepada Tuhan		√	√			√							√		
	Sebagai musibah dalam keluarga	√														

Lampiran 10

REKAP TEMA II

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Kebutuhan dasar dapat dipenuhi
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Cukup dalam memenuhi kebutuhan hidup
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	
	Pengobatan ke dukun	Alternatif ke dua setelah pengobatan medis
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	Tidak mendapatkan kesembuhan sesuai harapan
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	Memberikan semangat kepada keluarga
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	Memenuhi kebutuhan dasar dan kebersihan klien
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	Perilaku klien dapat melukai orang lain
	Kesulitan dalam mengatur klien	Tidak didengar oleh klien
Takdir	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	Menyerahkan kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	Bagian dari kehidupan

REKAP TEMA 12

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Mencukupi kebutuhan dengan hasil kebun
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil kebun untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	Mencari pengobatan terdekat untuk mendapatkan obat penenang
	Pengobatan ke dukun	Alternatif ke dua setelah pengobatan medis
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	Pengobatan tidak sesuai harapan keluarga untuk sembuh
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	Jarak tempuh ke RSJ melewati lautan
	Motivasi	
	Informasi	Pelayanan kesehatan jiwa
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	Saat kambuh
	Jenuh selama merawat	Perasaan bosan dengan perilaku klien
	Takut dengan perilakunya	
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir		
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	Menyerahkan kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I3

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Mencukupi kebutuhan dengan menjual hasil ikan
	Biaya pengobatan	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil melaut di pasar untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	Mencari solusi setelah putus obat
	Pengobatan ke dukun	Mencari solusi dari penyakit klien
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	Pernyataan tanpa bukti yang kuat
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	Jarak tempuh ke RSJ melewati lautan
	Motivasi	
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	Memenuhi kebutuhan dasar dan kebersihan klien
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir		
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	Menyerahkan kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I4

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Menjual hasil kebun untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar
	Biaya pengobatan	Kewajiban setiap bulan yang ditanggung oleh anak
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil kebun untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	Langkah pertama mengatasi penyakit klien
	Pengobatan ke dukun	Alternatif ke dua setelah pengobatan medis
	Pelayanan kesehatan jiwa	
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping yang tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	Pelayanan kesehatan jiwa
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	khawatir dengan gejala awal klien
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA 15

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Melibatkan anak untuk membantu kebutuhan dasar
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	
	Pengobatan ke dukun	Langkah awal mencari pengobatan
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	Dipercayai keluarga akan mengalami gangguan jiwa
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	Pengobatan kedukun yang terbaik
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	Mengancam untuk bunuh diri/ resiko mencederai diri sendiri
	Kesulitan dalam mengatur	Tidak didengar oleh klien
Takdir	Biaya	
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkan kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I6

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Melibatkan anak dalam memenuhi kebutuhan
	Biaya pengobatan	Kewajiban untuk membayar setiap bulan
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil kebun untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping yang tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	Pelayanan kesehatan
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	Mencegah kekambuhan pada klien
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	Pikiran negativ klien dapat melukai orang lain
	Kesulitan dalam mengatur	Tidak didengar oleh klien
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA 17

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Melibatkan anak dalam memenuhi kebutuhan dasar
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	Langkah pertama mengatasi penyakit klien
	Pengobatan ke dukun	Tawaran orang terdekat
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	Dipercayai keluarga akan mengalami gangguan jiwa
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	Dukungan untuk keluarga selama merawat
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	
	Kesal dengan perilaku klien	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Jenuh selama merawat	Perasaan jengkel dengan perilaku klien
	Takut dengan perilakunya	Perilaku yang dapat melukai orang lain dan lingkungan sekitar
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I8

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Sulit memenuhi kebutuhan setiap hari
	Biaya pengobatan	Kewajiban untuk membayar setiap bulan
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping yang tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	Bantuan dari warga dalam pembuatan rumah keluarga dan kurungan klien
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	Memenuhi kebutuhan dasar dan kebersihan klien
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	Perasaan capek dengan perilaku klien
	Takut dengan perilakunya	Perilaku klien saat kambuh
	Kesulitan dalam mengatur	Tidak didengar oleh klien
	Biaya	Tingginya biaya menjangkau

Takdir		pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkn kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA 19

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Mencukupi kebutuhan dengan mengharapkan hasil kebun
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	Langkah pertama mengatasi penyakit klien
	Pengobatan ke dukun	Alternatif ke dua setelah medis
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	Kecewa dengan langkah pengobatan
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	Mencegah kekambuhan pada klien
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	Perasaan bosan saat penyakit klien tak kunjung sembuh
	Takut dengan perilakunya	Perilaku klien saat kambuh/ membuat masalah dilingkungan sekitar
	Kesulitan dalam mengatur	Tidak didengar oleh klien
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I10

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Dapat memenuhi kebutuhan dengan upah setiap bulan dari klien sebagai PNS
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual hasil untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	Kecewa dengan obat yang tidak bisa menyembuhkan klien
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Koping yang tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	Dukungan dari lingkungan sekitar
	Informasi	Pemberian obat rutin dapat mengurangi kekambuhan
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA P11

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Memenuhi kebutuhan dasar dengan penghasilan setiap bulan
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menjual makanan untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	Kooping tidak adekuat
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	Rutinitas setiap hari
	Jadwal pemberian obat	Mencegah kekambuhan pada klien
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	Perilaku klien saat kambuh
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir	Biaya	
	Ikhlas menerima	Tetap merawat klien apa adanya
	Pasrah	
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I12

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Penghasilan tidak dapat mencukupi kebutuhan setiap hari
	Biaya pengobatan	Kewajiban untuk membayar setiap bulan
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Menantikan penghasilan sebagai buruh bangunan untuk memenuhi kebutuhan
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	Mendoakan secara khusus kesembuhan klien
	Pengobatan dukun	Alternatif ke dua setelah pengobatan medis
	Dokter praktek spesialis saraf	Langkah pertama mengatasi penyakit klien
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	Pengobatan yang tidak sesuai harapan keluarga
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	Mendapatkan penanganan
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	Perilaku yang dapat melukai diri sendiri dan orang lain
	Kesulitan dalam mengatur	Tidak didengar oleh klien
	Biaya	Tingginya biaya menjangkau

Takdir		pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkn kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I13

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Dapat memenuhi kebutuhansetiap hari
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	Langkah pertama mengatasi penyakit klien
	Pelayanan kesehatan jiwa	Mengatasi penyakit klien
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	Pernyataan tanpa bukti yang kuat
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	Pengobatan kedukun dari kerabat
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	Rutinitas setiap hari
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	
	Kesulitan dalam mengatur	

Takdir	Biaya	
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkn kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I14

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Kebutuhan dasar bisa diatasi dengan penghasilan yang di dapat
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Sebagai PNS
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	Penggunaan ilmu hitam
	Akibat penyakit malaria tropika	
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	pelayanan kesehatan jiwa dan penggunaan obat rutin dapat mengurangi kekambuhan
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	Kenyataan yang harus diterima keluarga
	Kesal dengan perilaku klien	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Jenuh selama merawat	Perasaan jengkel dengan perilaku klien
	Takut dengan perilakunya	Sering menggunakan senjata tajam dan dapat melukai orang lain
	Kesulitan dalam mengatur	
	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa

Takdir	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkn kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	

REKAP TEMA I15

Tema	Sub Tema	Sintesa
Kondisi Ekonomi	Kebutuhan dasar: Makan/ minum	Dapat memenuhi kebutuhan dasar setiap hari
	Biaya pengobatan	
	Penghasilan dalam memenuhi kebutuhan	Hasil dagangan diwarung dapat membantu memenuhi kebutuhan setiap hari
Gejala gangguan jiwa	Perubahan perilaku klien	Perilaku yang nampak dari klien
	Keluyuran	Suka jalan-jalan tanpa tujuan
	Marah-marah	Emosi yang tidak jelas tanpa sebab
	Mengurung diri	Tidak ada interaksi dengan orang lain
	Bicara sendiri	Ngomong tanpa lawan bicara
	Kurang perawatan diri	Jarang melakukan perawatan seperti mandi dan ganti pakaian
	Tertawa sendiri	Tertawa tanpa hal yang lucu atau lawan bicara
Perilaku mencari pengobatan	Kesembuhan lewat doa (pendeta)	
	Dokter praktek umum	
	Dokter praktek spesialis saraf	
	Pelayanan kesehatan jiwa	
	Putus asa dengan pengobatan medis	
	Ketidak puasan dengan langkah	
Persepsi keluarga	Masalah pribadi	
	Diguna-guna	
	Faktor keturunan	
	Tumbal penggunaan ilmu hitam	
	Akibat penyakit malaria tropika	Dipercayai keluarga akan mengalami gangguan jiwa
Dukungan sosial	Membantu mengambilkan obat di RSJ	
	Motivasi	
	Informasi	
	Fasilitas tempat tinggal	
	Mendoakan kesembuhan klien	
	Jadwal pemberian obat	
	Perhatian	
Beban psikologi	Kecewa dengan perubahan kesehatan	
	Kesal dengan perilaku klien	Emosi keluarga terhadap perilaku klien
	Jenuh selama merawat	
	Takut dengan perilakunya	
	Kesulitan dalam mengatur	
Takdir	Biaya	Tingginya biaya menjangkau pelayanan kesehatan jiwa
	Ikhlas menerima	
	Pasrah	Menyerahkan kepada Tuhan semua yang dialami keluarga dan penyakit klien
	Musibah dalam keluarga	